

## MODULO DI DELEGA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome*

\_\_\_\_\_  
*Codice fiscale                      data di nascita                      luogo di nascita                      Prov. di nascita*

\_\_\_\_\_  
*indirizzo di residenza                      Comune                      Prov*

\_\_\_\_\_  
*telefono                      e-mail*

\_\_\_\_\_  
*PEC Posta Elettronica Certificata (obbligatorio per comunicazioni con le Pubbliche Amministrazioni)*

inserito nella graduatoria valida per il conferimento degli incarichi di Guardia Medica Turistica nell'ASP TRAPANI

### DELEGA

\_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome*

\_\_\_\_\_  
*Codice fiscale                      data di nascita                      luogo di nascita                      Prov. di nascita*

\_\_\_\_\_  
*indirizzo di residenza                      Comune                      Prov*

a presenziare alla convocazione che avrà luogo il giorno **lunedì 28 luglio 2025**

Si allega in copia valido documento di riconoscimento del sottoscritto e del delegato.

\_\_\_\_\_  
*luogo e data                      firma (Leggibile e per esteso)*