

**ALLEGATO B****Modello delega per assegnazione incarichi di Pediatria di Libera Scelta**

Io sottoscritt _____
nato/a il _____ a _____ (____),
residente in _____ (_____) via _____,
Codice Fiscale _____

DELEGO

Il/La Sig./Sig.ra _____
nato/a il _____ a _____ (____),
residente in _____ (_____) via _____,
Codice Fiscale _____
identificato con il seguente documento d'identità _____
nr. _____, rilasciato da _____
in data _____ con scadenza _____

A RAPPRESENTARMI IL GIORNO _____ ALLE ORE _____

presso l'Assessorato alla Sanità della Regione Campania – Centro Direzionale, Isola C/3 Napoli - per
l'assegnazione degli incarichi di Pediatria di Libera Scelta.

In particolare, delego il/la Sig./Sig.ra:

- a sottoscrivere in mio nome e vece il suddetto incarico nonché ad assumere, autonomamente e con poteri decisionali, tutte le incombenze necessarie allo svolgimento dei lavori, ritenendo per rato e per fermo tutto quanto sarà deciso dal predetto.

Si allega copia del documento di identità del sottoscrittore.

Luogo e data

Firma
