



Alleg. 5

MODELLO DELEGA

Io sottoscritt_ _____

Nat__a _____

il _____

DELEGO

__l__ Sig. __ _____

nato a _____

il _____ a rappresentarmi nel giorno _____ alle ore _____

presso l'Assessorato alla Sanità della Regione Campania sito all'isola C\3 del Centro Direzionale di Napoli
ove vengono effettuate le assegnazioni degli incarichi per trasferimento di Assistenza Primaria e
Continuità Assistenziale relativi alle carenze 2009 e 2010.

In particolare delego __l__ Sig. __ _____

munit__ del seguente documento d'identità: _____ a sottoscrivere in mio
nome e vece il trasferimento dell'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 da __l__ predett ____.

Allo scopo allego copia del documento d'identità.

FIRMA
