



Area Generale di Coordinamento
Assistenza Sanitaria
Napoli

Alleg. E

MODELLO DELEGA

__l__ sottoscritt__ _____

nat__ a _____ il ____/____/____

DELEGA

__l__ Sig. __ _____

nat__ a _____

il ____/____/____ a rappresentarmi nel giorno ____/____/____ alle ore ____ presso
l'Assessorato alla Sanità della Regione Campania all'isola C\3 del Centro Direzionale di Napoli
dove si svolgeranno le assegnazioni di incarichi per graduatoria di Assistenza Primaria relative
alle carenze dell' **ASL NA4** per gli anni **2002-2003**.

In particolare delega __l__ Sig. __ _____

munit__ del seguente documento d'identità: _____ a

sottoscrivere in mio nome e vece i conferimenti di incarico di cui all'oggetto 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__ predett__.

Allo scopo allega copia del documento d'identità.

FIRMA
