



---

**ALLEGATO E: Modello delega per assegnazione incarichi di medicina generale**

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 \_\_\_\_\_,

**A RAPPRESENTARMI IL GIORNO \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_**

presso l'Assessorato alla Sanità della Regione Campania – Centro Direzionale, Isola C/3 Napoli per le assegnazioni per gli incarichi di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale.

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

\_\_\_\_\_