**ALLEGATO G**

**Modello delega per assegnazione incarichi di pediatria di libera scelta 2026**

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

_____

fonte: http://burc.regione.campania.it