

OGGETTO: Incarichi di Assistenza Primaria.

Il sottoscritto..... nato a
il..... residente a
Via.....n..... cell.....

dichiara

di non poter partecipare alla convocazione del 21.02.2019 ed esprime la propria disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria secondo il seguente ordine di priorità: *(riportare il numero indicato nel Bollettino Ufficiale che identifica gli ambiti territoriali)*

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ATTENZIONE: per quanto riguarda gli ambiti territoriali dell'Azienda U.S.L. di Reggio Emilia, è stato attribuito lo stesso codice (0904) a due ambiti territoriali diversi. E' necessario, pertanto, indicare, SOLO per questo ambito, la denominazione completa.

Si allegano:

- Autocertificazione informativa (Allegato L):
- Fotocopia di documento d'identità.

Data.....

Firma.....

