

Azienda USL di Imola
Fax 0542 - 604456

OGGETTO: Incarichi di Emergenza Sanitaria Territoriale.

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

dichiara

di non poter partecipare alla convocazione del 27.02.2019 ed esprime la propria disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale secondo il seguente ordine di priorità: *(riportare il numero indicato nel Bollettino Ufficiale che identifica gli incarichi vacanti)*

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

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

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

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

Si allegano:

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

Data.....

Firma.....