



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola**

Allegato A) alla determinazione n. 639 del 29/10/2024

**AVVISO DI SELEZIONE INTERNA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI FUNZIONE DI
CONSULTORIO FAMILIARE**

PER LE ESIGENZE DELL'AZIENDA USL DI IMOLA

emesso con determinazione n. 542 del 09/09/2024

CANDIDATI AMMESSI

NR	CODICE IDENTIFICATIVO DOMANDA
1	C9763D41
2	C9763D11
3	C9763D44

Firmato digitalmente da:
Riccardo Solmi