



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

Allegato A) alla determinazione 636 del 29/10/2024

AVVISO DI SELEZIONE INTERNA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI FUNZIONE DI

**NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA**

PER LE ESIGENZE DELL'AZIENDA USL DI IMOLA

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

**CANDIDATI AMMESSI**

<b>NR</b>	<b>CODICE IDENTIFICATIVO DOMANDA</b>
1	C9763D4
2	C9763D48
3	C9763D43

Firmato digitalmente da:  
Riccardo Solmi