

Azienda USL di Imola
Fax 0542 - 604456
PEC: cureprimarie@pec.ausl.imola.bo.it

OGGETTO: Incarichi di Emergenza Sanitaria Territoriale.

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

dichiara

di non poter partecipare alla convocazione del 30.10.2023 ed esprime la propria disponibilità all'accettazione di incarico temporaneo 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.....