

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

OGGETTO: Incarichi del ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale).

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

dichiara

di non poter partecipare alla convocazione del 11.03.2024 ed esprime la propria disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale) secondo il seguente ordine di priorità: *(riportare il numero indicato nel Bollettino Ufficiale che identifica gli incarichi vacanti)*

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

Si allegano:

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

Data.....

Firma.....