

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 30.10.2023 ed esprime la propria disponibilità all'accettazione di incarico temporaneo di 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.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

Si allegano:

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

Data.....

Firma.....