

All'A.U.S.L. di Imola  
Distretto  
Via Amendola n. 2  
40026 Imola

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il .....

residente a ..... in Via ..... n .....

r i c h i e d e

n. .... certificazione in carta libera relativa alle seguenti attività prestate nell'anno \_\_\_\_\_

l'attività svolta come Specialista Ambulatoriale nella branca di .....

l'attività svolta nel Servizio di Emergenza Territoriale in qualità di .....

l'attività svolta nel Servizio di Continuità Assistenziale in qualità di .....

i periodi di sostituzione effettuati per i seguenti medici di medicina generale e pediatri di libera  
scelta convenzionati:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

l'attività svolta come medico di medicina generale o pediatra convenzionato:

periodo: .....

Imola,

.....

.....

(firma)