

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

Il sottoscrittonato a
il residente aVia.....n.
..... Cell.....

dichiara

di non poter partecipare alla convocazione del 11.07.2024 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.....
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.....