



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola**

Allegato A) alla determinazione 636 del 29/10/2024

AVVISO DI SELEZIONE INTERNA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI FUNZIONE DI

NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA

PER LE ESIGENZE DELL'AZIENDA USL DI IMOLA

emesso con determinazione n. 542 del 09/09/2024

CANDIDATI AMMESSI

NR	CODICE IDENTIFICATIVO DOMANDA
1	C9763D4
2	C9763D48
3	C9763D43

Firmato digitalmente da:
Riccardo Solmi