

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

OGGETTO: Incarichi del Ruolo Unico di Assistenza Primaria

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

dichiara

di non poter partecipare alle convocazioni **del 16, 17, 18 e 19 giugno 2025** ed esprime la propria disponibilità all'accettazione dell'incarico a tempo indeterminato/temporaneo del ruolo unico di Assistenza Primaria secondo il seguente ordine di priorità: *(riportare il numero indicato nel Bollettino Ufficiale che identifica gli ambiti territoriali)*

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.....

dichiara inoltre

di essere consapevole che in caso di assegnazione dell'incarico non potrà partecipare all'assegnazione di ulteriori incarichi pubblicati nell'anno in corso

Si allegano:

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

Data.....

Firma.....