

OGGETTO: Incarichi di Emergenza Sanitaria Territoriale.

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

dichiara

di non poter partecipare alla convocazione del 19 giugno 2025 ed esprime la propria disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale secondo il seguente ordine di priorità: *(riportare il numero indicato nel Bollettino Ufficiale che identifica gli incarichi vacanti)*

ASL di..... n.....

ASL di..... n.....

ASL di..... n.....

ASL di..... 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.....