

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

OGGETTO: Incarichi di Assistenza Primaria.

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

dichiara

di non poter partecipare alle convocazioni del 11.07.2023 ed esprime la propria disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria a ciclo di scelta 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.....

Si allegano:

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

Data.....

Firma.....