

OGGETTO: Incarichi di Assistenza Primaria.

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

dichiara

di non poter partecipare alla convocazione del 22.07.2015 ed esprime la propria disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato 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.....

Si allegano:

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

Data.....

Firma.....