

Azienda USL di Imola
Fax 0542 - 604456

OGGETTO: Incarichi di Assistenza Primaria.

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

dichiara

di non poter partecipare alla convocazione del.....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.....
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
(per esteso)

.....