

All'A.U.S.L. di Imola
Distretto
Via Amendola n. 2
40026 Imola

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il

residente a in Via n

r i c h i e d e

n. certificazione in carta libera relativa alle seguenti attività prestate nell'anno _____

l'attività svolta come Specialista Ambulatoriale nella branca di

l'attività svolta nel Servizio di Emergenza Territoriale in qualità di

l'attività svolta nel Servizio di Continuità Assistenziale in qualità di

i periodi di sostituzione effettuati per i seguenti medici di medicina generale e pediatri di libera
scelta convenzionati:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

l'attività svolta come medico di medicina generale o pediatra convenzionato:

periodo:

Imola,

.....

.....

(firma)