Azienda USL di Imola
Fax 0542 - 604456

OGGETTO: Incarichi di Continuità Assistenziale.

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 Continuità Assistenziale secondo il seguente ordine di priorità: *(riportare il numero indicato nel Bollettino Ufficiale che identifica gli incarichi vacanti)*

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

Si allegano:

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

Data..... Firma.....