**RICHIESTA CAMBIO FASCIA**

**\_\_L\_\_ sottoscritt\_\_ Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Prov. \_\_\_\_\_) Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Prov. \_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**laureato in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**con la votazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; abilitato presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella**

**\_\_\_\_\_\_\_ sessione dell’anno\_\_\_\_\_\_\_ ; di essere iscritt\_\_ all’Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**

**Cellulare n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Inserit\_\_ al N° \_\_\_\_\_\_\_ dell’elenco graduato di Fascia \_\_\_\_\_\_per le sostituzioni di continuità Assistenziale**

**nell’ambito dei Presidi dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo**

**DICHIARA**

**SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’:**

**-Di avere conseguito l’attestato di M.M.G. presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**-Di essere stat\_\_ ammess\_\_ al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale**

**presso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**-Di essere stat\_\_ ammess\_\_ al Corso di Specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**-Di avere conseguito la specializzazione** in **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CHIEDE**

**Di essere inserit\_\_\_\_ in Fascia \_\_\_\_\_\_ degli elenchi dei medici aspiranti ad eventuali incarichi**

**temporanei di sostituzione di continuità Assistenziale nell’ambito dei Presidi dell’Azienda Sanitaria**

**Provinciale di Palermo**

**PALERMO, LI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**F I R M A**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**