

**AI DIRETTORE DEL
DISTRETTO SANITARIO N° _____
Di _____
ASP - PALERMO**

OGGETTO : Disponibilità per sostituzioni pari o inferiori a giorni nove - Anno 2021

Il/La sottoscritt__ Dr/ssa _____ Nat__ Il _____
Residente a _____ (Prov. ____) Cap _____ Via _____
Tel. /cell _____ e-mail _____
Data laurea _____ Presso l'Università degli Studi di _____
Voto di Laurea _____ Abilitat_ il _____ nella sessione __ anno Accademico ____
iscritt_ al n° _____ dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____

CHIEDE

Di essere inserit__ nella graduatoria per il conferimento di incarichi pari o inferiori a giorni nove di Continuità Assistenziale presso l'ASP di Palermo;

DICHIARA

- di essere inserit__ nella Graduatoria Regionale valida per l'anno 2021, al N° _____;
- di avere conseguito il Diploma del Corso di Formazione specifico di Medicina Generale il ____ / ____ / _____;
- di essere / non essere iscritt__ al Corso di Formazione specifico di Medicina Generale per l'anno _____;
- di avere presentato istanza di inserimento negli elenchi graduati per le sostituzioni di C.A, il ____ / ____ / _____;
- di essere / non essere iscritt__ al Corso di Specializzazione in: _____ presso l'Università degli Studi di _____.

Allego copia fotostatica documento d'Identità

Data _____

Firma
