

PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE DEGLI AMBULATORI DI ASSISTENZA AI MINORI NON REGOLARI

DOMANDA PER INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA DISTRETTUALE PER OPERARE NELL' AMBULATORIO PER ASSISTENZA AI MINORI NON REGOLARI STP/ENI

**Al Direttore Generale
ASP di Catania
Via S.M.La Grande n.5
95124 Catania**

Il/La sottoscritt... Dott./Dott.ssa

nat... a(prov.....) il

(se convenzionato) codice regionale

comune di residenza (Prov.....)

indirizzo Via..... N. CAP

(se convenzionato) con ambulatorio di pediatria di libera scelta nell'ambito territoriale

di..... Recapito Telefonico:

Cell:..... E-mail:

CHIEDE

Di essere incluso/a nella graduatoria dei medici pediatri che intendono prestare attività nell'ambulatorio di assistenza ai minori non regolari del Distretto di

A tal fine dichiara di aver preso visione nel bando , e di accertarne tutti i contenuti . In particolare dichiara di essere disponibile a coprire turni vacanti negli ambulatori per i minori non regolari dei Distretti limitrofi per sostituire i colleghi impossibilitati a svolgere i turni assegnati nei seguenti Distretti :_____

Allega alla presente :

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- dichiarazione sostitutiva di certificazione(All.B)

Luogo e data Firma per esteso

Recapito per le comunicazioni.....