

Al Direttore UOC Personale
Dr. G. Bernardi

Al Direttore del Distretto 2
Dr.ssa G. Carreca

Io sottoscritto

Dr. nato/a

il Residente a (prov)

in via

LAUREATO IN Medicina e Chirurgia il presso

Specializzazione del corso in Medicina Generale conseguita il

Iscritto al anno del corso di Specializzazione in Medicina Generale

In riferimento al conferimento incarico provvisorio e/o a tempo indeterminato di Assistenza
Primaria presso il VS Distretto

DICHIARO

l'apertura del proprio ambulatorio dal in via

Comune di tel. cell.

e mail con il seguente orariop:

	1° fascia		2° fascia	
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				

Dichiaro

altresì, di avere eletto il proprio domicilio a in via

e che il mio recapito, per eventuali comunicazioni, è il seguente:

Città via tel.