

Marca da bollo
€ 14,62

Alla Direzione Generale
ASP Messina
Dipartimento Cure Primarie
U.O.C. Gestione Personale Convenzionato
Ufficio C.A.
Via La Farina 263/N
98123 Messina

Oggetto: Domanda di partecipazione ai turni di reperibilità di Continuità Assistenziale per medici disponibili.

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa.....
Nato/a ail.....Codice Fiscale.....
Residente in.....via.....
C.A.P.....Comune.....
Recapito Cellulare.....
Codice ENPAM.....

CHIEDE

Di essere inserito/a nella graduatoria degli incarichi di REPERIBILITA', presso i Presidi di Continuità Assistenziali ricadenti nel territorio dell'ASP di Messina, nel seguente Distretto:

Taormina Messina Milazzo Lipari Barcellona P.G. Patti Mistretta Sant'Agata di Militello.

Allega i seguenti documenti o autocertifica:

- Laurea;
- Abilitazione in Medicina e Chirurgia;
- Iscrizione Albo dei Medici e Chirurghi (rilasciato da non oltre sei mesi);
- Allegato L compilato, firmato e datato;
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.

Data

Firma

N.B. Nelle autocertificazioni di Laurea e di Abilitazione vanno specificate l'Università di conseguimento, il voto e la data di rilascio.

Nell'autocertificazione d'Iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri va specificato il luogo, il numero e la data d'iscrizione.