

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 alla mobilità aziendale nei presidi di Continuità Assistenziale.**

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

Titolare di C.A. Dal.....presso il presidio di.....

CHIEDE

Di partecipare alla mobilità aziendale riservata ai medici titolari di Continuità Assistenziale.

Luogo

Data

Firma