asrem@pec.it

c.a S.C. INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

OGGETTO: Domanda di disponibilità U.S.C.A.

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ nome_____

Nato/a a_____ il _____ Lureato/a in Medicina e Chirurgia

Il _____ con votazione _____ abilitato/a in data _____

Iscritto/a all'ordine dei Medici di _____ al n._____ dal_____

Codice fiscale _____ cod. regionale (*eventuale)* _____

residente a _____ via/piazza _____

n._____ C.A.P. _____

Cellulare _____

pec _____

e-mail _____

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria aziendale di disponibilità per incarichi temporanei per la gestione dei pazienti affetti da COVID-19 presso una delle Unità Speciali di Continuità assistenziale istituite dall'ASReM.

Data_____ Firma _____

Dichiaro espressamente che quanto sopra vale anche come dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000

Data _____ Firma _____

Allego alla presente:

Copia del documento di riconoscimento