

Alla cortese attenzione del
Direttore
Direzione Regionale Programmazione e Risorse del SSR
Prof. Ferdinando Romano
Via Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 –
00145 Roma

Alla cortese attenzione del
Direttore Sanitario ASL
.....
Via –

Il/La sottoscritto/a dott./ssa..... nato/a a e residente a
..... in iscritto all'Albo dei Medici ed
odontoiatri della Provincia di con numero

- Titolare di incarico a tempo indeterminato presso la ASL per l'assistenza primaria:
 - non facente parte di UCP
 - facente parte della UCP sita in
via coordinata dal
dott./dott.ssa
- Titolare di incarico a tempo indeterminato presso la ASL per la continuità assistenziale per ore
- Titolare di incarico a tempo indeterminato presso la ASL per l'assistenza primaria con numero di
scelte di e per la continuità assistenziale per ore presso la ASL
- Titolare di incarico a tempo indeterminato presso la ASL assistenza primaria per un numero di scelte
di e di medicina dei servizi presso la ASL per ore
- Titolare di incarico a tempo determinato per la continuità assistenziale per ore presso la ASL
- Iscritto alla graduatoria di medicina generale con punteggio di

in base al disciplinare tecnico siglato dalla regione Lazio e le OOSS rappresentative per la medicina generale in data
29/03/2012, che regola gli "Ambulatori MED",

RICHIEDE alle SSVV

di partecipare in qualità di

- Coordinatore
- Medico

presso la ASL nel:

presidio ospedaliero

presidio aziendale

In attesa di un VS tempestivo riscontro

..... li

In fede

Si allega
Certificazione informativa e curriculum professionale

(1) – barrare la casella che interessa