



Al Direttore Dipartimento
Cure Primarie ATS Brescia
Viale Duca degli Abruzzi n. 15
25124 - BRESCIA (BS)

Trasmissione via PEC
protocollo@pec.ats-brescia.it

Dichiarazione disponibilità per incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta.

Il/La sottoscritto/a Dr./ssa _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____ Residente anagraficamente a _____

Prov. _____ C.A.P. _____ Via _____ n. _____ Cell. _____

Domiciliato a _____ Via _____ n. _____

PEC personale _____ (obbligatorio)

- in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di _____ in data _____;
- in possesso del Titolo di Specializzazione in Pediatria di Scelta conseguito presso l'Università di _____ in data _____;
- iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____;
- iscritto nella Graduatoria Regionale di Pediatria 2019 alla posizione numero _____;

D I C H I A R A

- di essere residente anagraficamente a _____ Prov. _____
C.A.P. _____ Via _____ n. _____
- di essere disponibile ad accettare **l'incarico provvisorio** di Pediatra di Famiglia nell'ambito di _____ a _____
- decorrere dal _____

N.B. Allegare fotocopia documento di identità.

Luogo e data _____

Firma _____