**Manifestazione di interesse ad assumere incarichi provvisori nell’ambito della Assistenza Primaria/Assistenza Pediatrica**

**Alla UOC**

**Mail del 15/11/2021**

**Scadenza 18/11/2021**

**Gestione Giuridica ed**

**Amministrativa Convenzionamenti**

**Dipartimento Cure Primarie**

**ATS dell'Insubria**

**Il/La sottoscritt**\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nato/a a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Residente a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Via\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **CAP**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Domiciliato/a*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***Via*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **C*AP***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Telefono** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **cell.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E mail** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Corso di Formazione MMG **SI** **NO**
* Iscritto/a Corso di Formazione MMG …………………………………………………….
* Specialista Pediatra
* Vaccinato/a COVID **SI** **NO n. dosi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Manifesta il proprio interesse per la/le seguente/i posizione/i di cui alla mail del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come segue:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1)** | **5)** |
| **2)** | **6)** |
| **3)** | **7)** |
| **4)** |  |
|  |
|  |
| firma |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SI CHIEDE DI VOLER COMPILARE LA MODULISTICA IN STAMPATELLO E IN MANIERA LEGGIBILE E RESTITUIRLA ALLE SEGUENTI MAIL: barzons@ats-insubria.it – fossatia@ats-insubria.it