BOLLO

€ 16,00

SOC PEDIATRI DI FAMIGLIA E SPECIALISTICA AMBULATORIALE Villa Fabbri - Via di San Salvi,12 50135 Firenze

Firma

Turno	ambito	branca	ore settimanali
II/la sottoscritto/a	Dr./Dr.ssa		
codice fiscale			
nato/a a			il/
residente a			CAP
Via/P.zza			n
Tel. e cellulare		e.mail	
		DICHIARA	
A) di essere medico	specialista titolare d'incarico a	tempo indeterminato/determin	ato - convenzionato/dipendente
presso		per n	ore settimanali,
nella branca di _		, a decorre	ere dal/
B) data e voto di sp	ecializzazione		
data e voto di lau	urea		_
C) di essere iscritto/	non iscritto nella graduatoria d	ella specialistica ambulatoriale	valida per l'anno,
D) di svolgere la seg	guente attività		
		RICHIEDE	
di partecipare alla s	elezione di cui all'oggetto.		
Si allegano, ai fini de	ella valida presentazione della o n vitae	domanda:	
	al/dalla sottoscritto/a dei titoli ¡ onforme all'originale secondo c	oresentati e titoli in originale quanto previsto dal D.P.R. 445/20	000.
[] fotocopia del do	cumento di riconoscimento.		
-		esta di partecipazione ad un sario compilare un modulo pe	'unica selezione. Nel caso si intenda rciascuna selezione.

Firenze, _____