

La/Il sottoscritta/o _____, nata/o a _____,
il __ / __ / ____, residente a _____, iscritta/o all'Ordine dei
medici di _____ laureata/o il giorno _____
presso l'Università di _____, specializzata/o in
_____ presso _____, in data _____,
comunica la propria disponibilità per il conferimento dell'incarico provvisorio di pediatria di libera scelta ex
art. 35 ACN presso il comune di Trieste, a decorrere dall'1 gennaio 2024.

Comunica altresì:

- il proprio indirizzo PEC _____;
- il proprio indirizzo e-mail _____;
- il proprio numero di cellulare _____.

_____, li __ / __ / ____

Firma _____