

Al Direttore del D.S.II Liv.Pz
Dr. Sergio Maria Molinari
Potenza

I sottoscritto Dr. _____, nat. a _____
il _____, residente a _____ in Via _____
_____ laureato in Medicina e Chirurgia il _____
presso l'Università _____ di _____, abilitato
nella 1° o 2° Sessione del _____ (data _____) ed iscritto all'Ordine dei
Medici della Provincia di _____ A.S.L. di appartenenza _____

DICHIARA

- di essere disponibile per eventuali incarichi di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale;
- di essere/non essere iscritto al corso di formazione per la medicina generale o di scuola di specializzazione.

Per comunicazioni telefonare al: _____

Allega copia Attestato iscrizione all'Ordine dei Medici.

(firma leggibile)

_____ li _____