

**AI DIRETTORE GENERALE
A.S.P. di ENNA**

Il/La sottoscritt_ dr. _____

nat_ a _____ il _____

residente a _____ CAP _____ Via _____

tel. _____ cell. _____, posta

elettronica _____, in riferimento alla mobilità

intraaziendale di Continuità Assistenziale, di cui alla nota Prot. 0011881 del 11/02/2021 comunica la propria adesione.

A tal fine dichiara:

- di essersi laureato/a in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ in data _____ con voti _____;
- di essersi abilitato/a all'esercizio della professione di Medico nella _____ sessione _____;
- di essere incaricato a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale nell'ASP di Enna dal _____;
- di essere/non essere medico convenzionato di Assistenza Primaria.

Allega copia fotostatica del documento d'identità.

Distinti saluti.

_____ lì _____