

**Oggetto:** Domanda di adesione al progetto di attivazione dell'Ambulatorio di Cure Primarie di:  
**FROSINONE**

**Il/la sottoscritt**    Dott.    \_\_\_\_\_ ,  
*consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci il DPR 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 75 e 76),*

**nato/a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_ **e**

**residente a** \_\_\_\_\_ **c.a.p.** \_\_\_\_\_

**in via** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_

Codice Fiscale:																			
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**recapiti telefonici** \_\_\_\_\_

**E-mail** (stampatello) \_\_\_\_\_

**Pec** (stampatello) \_\_\_\_\_

**Documento Identità**  **Patente** N° \_\_\_\_\_ data scadenza \_\_\_\_\_  
*(allegare fotocopia documento datata e firmata)*

**Ordine dei Medici di** \_\_\_\_\_ **n°** \_\_\_\_\_ **Codice ENPAM** \_\_\_\_\_

Medico convenzionato per:

Assistenza Primaria Cod. Reg. \_\_\_\_\_

Continuità Assistenziale

Medicina dei Servizi

medico inserito nella graduatoria Az. USL Frosinone di disponibilità per incarichi Cont. Assistenziale

medico in formazione specifica in Medicina Generale

Presa visione del Progetto in questione, chiede di partecipare all'avviso in oggetto e in caso di inserimento nei turni secondo le modalità stabilite nel progetto e le necessità evidenziate dal coordinatore del progetto, dichiara di esprimere preferenza per i seguenti giorni seguenti giorni secondo le biffature apposte nello schema sottostante:

<b>SABATO</b>	<input type="checkbox"/> 10:00 – 14:30	<input type="checkbox"/> 14:30 – 19:00
<b>DOMENICA</b>	<input type="checkbox"/> 10:00 – 14:30	<input type="checkbox"/> 14:30 – 19:00

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma