

**Oggetto:** Domanda di adesione al progetto di attivazione del Presidio Ambulatoriale Territoriale di:

**CECCANO – h 12**

**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. \_\_\_\_\_

Cod. 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 C. Assistenziale
- medico in formazione specifica in Medicina Generale

Preso 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 secondo le biffature apposte nello schema sottostante:

LUNEDI'	<input type="checkbox"/> 8:00 – 14:00	<input type="checkbox"/> 14:00 – 20:00
MARTEDI'	<input type="checkbox"/> 8:00 – 14:00	<input type="checkbox"/> 14:00 – 20:00
MERCOLEDI'	<input type="checkbox"/> 8:00 – 14:00	<input type="checkbox"/> 14:00 – 20:00
GIOVEDI'	<input type="checkbox"/> 8:00 – 14:00	<input type="checkbox"/> 14:00 – 20:00
VENERDI'	<input type="checkbox"/> 8:00 – 14:00	<input type="checkbox"/> 14:00 – 20:00
SABATO	<input type="checkbox"/> 8:00 – 14:00	<input type="checkbox"/> 14:00 – 20:00
DOMENICA	<input type="checkbox"/> 8:00 – 14:00	<input type="checkbox"/> 14:00 – 20:00

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_