

**Spett.le Azienda A.S.L. Frosinone**  
**Direzione amministrativa-contratto unico nazionale e specialistica**

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

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel /Cell \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ Medico di Med Gen Cod. Reg \_\_\_\_\_

convenzionato per  Assistenza Primaria  Continuità Assistenziale  Medicina dei Servizi

Medico iscritto nella graduatoria aziendale  Medico in formazione

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 secondo le biffature apposte nello schema sottostante:

SABATO	<input type="checkbox"/> 10,00-14,30	<input type="checkbox"/> 14,30-19,00
DOMENICA	<input type="checkbox"/> 10,00-14,30	<input type="checkbox"/> 14,30-19,00

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)

**Spett.le Azienda A.S.L. Frosinone**  
**Direzione amministrativa-contratto unico nazionale e specialistica**

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

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel /Cell \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ Medico di Med Gen Cod. Reg \_\_\_\_\_

convenzionato per  Assistenza Primaria  Continuità Assistenziale  Medicina dei Servizi

Medico iscritto nella graduatoria aziendale  Medico in formazione

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 secondo le biffature apposte nello schema sottostante:

SABATO	<input type="checkbox"/> 10,00-14,30	<input type="checkbox"/> 14,30-19,00
DOMENICA	<input type="checkbox"/> 10,00-14,30	<input type="checkbox"/> 14,30-19,00

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)

**Spett.le Azienda A.S.L. Frosinone**  
**Direzione Amministrativa-Contratto unico nazionale e specialistica**

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

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel /Cell \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ Medico di Med Gen Cod. Reg \_\_\_\_\_

convenzionato per  Assistenza Primaria  Continuità Assistenziale  Medicina dei Servizi

Medico iscritto nella graduatoria aziendale  Medico in formazione

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 secondo le biffature apposte nello schema sottostante:

SABATO	<input type="checkbox"/> 10,00-14,30	<input type="checkbox"/> 14,30-19,00
DOMENICA	<input type="checkbox"/> 10,00-14,30	<input type="checkbox"/> 14,30-19,00

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)