

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

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

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:

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

Data \_\_\_\_\_

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

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

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

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:

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

Data \_\_\_\_\_

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

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

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

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:

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

Data \_\_\_\_\_

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