

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

CASSINO

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

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 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 _____