

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

SORA

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 _____