



Al Direttore Dipartimento
Cure Primarie ATS Brescia
Viale Duca degli Abruzzi n. 15
25124 - BRESCIA (BS)

Trasmissione via PEC
protocollo@pec.ats-brescia.it

Dichiarazione disponibilità per incarico provvisorio di Pediatria di Libera Scelta nell'ambito composto dai Comuni di Ghedi – Gottolengo – Isorella – Fiesse – Gambara, con apertura dello studio a Ghedi, a decorre dal 01.02.2022

Il/La sottoscritto/a Dr./ssa

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____ Residente a _____ Prov. _____

C.A.P. _____ Via _____ n. _____ Cell _____

PEC personale _____ (obbligatorio)

E-mail _____

- in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di _____ in data _____;
- in possesso del Titolo di Specializzazione in Pediatria di Scelta conseguito presso l'Università di _____ in data _____ voto _____ ;
- iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____;

D I C H I A R A

La propria disponibilità ad accettare l'incarico provvisorio di Pediatra di Famiglia nell'ambito di _____

a decorrere dal _____

N.B. Allegare fotocopia documento di identità.

Luogo e data _____

Firma _____