

AL DIRETTORE DIPARTIMENTO ASSISTENZA PRIMARIA
E CONTINUITA' DELLE CURE
Strada Comunale del Principe, 13/a
80145 - NAPOLI

**OGGETTO: Domanda di assegnazione carenza straordinaria P.L.S. presso l'ASL NA1Centro
D.S.B. 32 – Zona Barra.**

Il sottoscritt _____, nat a _____

il _____ e residente a _____

Via _____ n. _____ c.a.p. _____ dal _____

(indicare la decorrenza della residenza e se cambiata nei cinque anni antecedenti la data della pubblicazione, indicare la decorrenza del/dei cambi residenza), iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____, tel.(fisso) _____

(cell.) _____ C.F. _____, presente

nella graduatoria regionale degli aspiranti ad incarichi di Pediatria di Libera Scelta, pubblicata sul B.U.R.C. n. 12 del 24/2/14, al posto n. _____ con punti _____,

CHIEDE

l'assegnazione della carenza straordinaria per la Pediatria di Libera Scelta, pubblicata sul B.U.R.C.

n. _____ del _____, presso l'ASL NA1Centro, ambito Napoli, Distretto 32, quartiere Barra.

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità di natura penale cui va incontro chi rilascia e/o sottoscrive false dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 443/00), conferma la veridicità di tutto quanto riportato nella presente domanda.

Napoli, _____

IN FEDE
