Alla SOC POLITICHE DEL TERRITORIO
dell'A.S.U. FRIULI CENTRALE

Via Pozzuolo, n. 330
33100 UDINE

asufc@certsanita.fvg.it

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____Prov (_____), il _____, n.

di cellulare_____, mail_____

DICHIARA

di essere disponibile al conferimento dell'incarico provvisorio di assistenza primaria di medicina generale:

- ☐ Ambito territoriale composto dai Comuni di Bordano, Chiusaforte, Dogna, Moggio Udinese, Pontebba, Resia, Resiutta, Malborghetto Valbruna, Tarvisio, Trasaghis e Venzone (con ambulatori a **Pontebba, Malborghetto-Valbruna**) a decorrere dal **25.10.2021**.

- ➢ Si allega fotocopia del documento d'identità.

Lì, _____ firma_____