

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE****PER L'ATTIVITA' DI MEDICO DELL'HOT SPOT INFETTIVOLOGICO DI ASST VALLE OLONA**

Il sottoscritto	
Nato a	il
Residente a	
Codice fiscale	
Tel.	
Pec	
Mail	

Attualmente in servizio come:

- a) Medico di assistenza primaria a ciclo di scelta presso l'ambito territoriale di scelta

di: _____

- b) Medico ad attività oraria (servizio di C.A.) sede di _____

Indicare eventuale specializzazione:

- Specializzazione in: _____
- Data di specializzazione: _____

dichiara:

con la compilazione della presente modulistica la propria disponibilità a svolgere attività di Medico dell'Hot Spot Infettivologico di ASST Valle Olona, nei termini previsti dall'apposito avviso.

Inviare a: protocollo@pec.asst-valleolona.it

n.b. allegare file excel calendario disponibilità

n.b. allegare copia documento di identità