

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ATTIVITA' DI
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PEDIATRICA – ASST VALLE OLONA**

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

dichiara

con la compilazione della presente modulistica la propria disponibilità a svolgere attività di Medico pediatra della Continuità assistenziale pediatrica (CAP) con collocazione della medesima all'interno delle Case di Comunità (CdC).

Indicare di seguito l'appartenenza alle seguenti categorie barrando la casella d'interesse.

- Pediatri di libera scelta convenzionati con ASST Valle Olona;
- Pediatri di libera scelta convenzionati con altre ASST (specificare _____);
- Pediatri presenti in graduatoria regionale per la Pediatria di libera scelta;
- Pediatri presenti in graduatoria aziendale per la Pediatria di libera scelta;
- Medici in formazione delle Scuole di specialità in pediatria ed affini;
- Medici già in possesso della specializzazione in pediatria ed affini.

Data _____

Firma _____

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

N.B. allegare copia documento di identità