

Marca da bollo  
€ 16,00

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Sanitaria Provinciale  
Piazza Igea  
97100 RAGUSA

Il sottoscritto Dott. ...., nato a .....,  
il ....., residente a ....., via .....,  
recapito telefonico ..... email.....  
PEC.....

### CHIEDE

di essere inserito negli elenchi per l'eventuale attribuzione di incarichi provvisori, a tempo determinato e di sostituzione di PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA presso i presidi di codesta A.S.P..

A tal fine dichiara di:

- essere laureato in Medicina e Chirurgia in data ....., con voto .....
- essere abilitato all'esercizio della professione medica in data .....
- essere iscritto all'Ordine dei medici della provincia di .....
- essere specializzato nella branca di .....,  
in data....., con voto.....

Data .....

Firma .....