

**OGGETTO: AVVISO INTERNO PER LA COPERTURA, MEDIANTE AUMENTO ORARIO, DI TURNO VACANTE NELLA
MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI – ATTIVITA' NECROSCOPICA**

Il/La sottoscritto/a Dr. _____ nat_ a _____
il _____ residente in _____ prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____
tel. _____ cell. _____ e-mail _____
eventuale indirizzo PEC _____

CHIEDE

Di partecipare all'avviso interno per la copertura, mediante aumento orario, di turno vacante nella medicina dei servizi territoriali – attività necroscopica.

A TAL FINE DICHIARA

-di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____ / _____

età al conseguimento del diploma di laurea (*compilare riquadro accanto*):

anni	mesi
------	------

- di essere Titolare di n. _____ ore settimanali di Medicina dei Servizi presso l'ASL Roma 6 a decorrere dal _____;

- di essere Titolare di n. _____ ore settimanali di Medicina dei Servizi presso l'ASL _____;

N.B. ai fini della validità, la dichiarazione, deve essere debitamente sottoscritta, la firma non è soggetta ad autenticazione ma deve essere allegata fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Luogo _____

data _____

Firma _____