

**AI DIRETTORE GENERALE
ASREM
asrem@pec.it**

Il sottoscritto/a dott. _____

Nato/a il _____ a _____

residente in _____ alla via _____

C.F. _____

Indirizzo di posta elettronica certificata (**leggibile**) _____

Numero di telefono _____

MANIFESTA

-l'interesse ad assicurare il servizio di Continuità Assistenziale in Località Campitello Matese Comune di San Massimo (fino al 21/04/2025) in base all'avviso pubblicato sul sito Aziendale in data 05/12/2024

DICHIARA

1) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di

..... in data con voto

(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);

2) di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____

Il/la sottoscritt_, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445, dichiara, sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità.

Data _____

Firma

ALLEGARE:

- DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'