

SPETT.LE ASL 6

SANLURI

Oggetto: Disponibilità ambulatorio per migranti.

Il /La sottoscritt _____ nat_ a _____
Il _____ residente in _____ Via _____
n. _____ cap _____ Tel. _____ Titolare per n. 24 ore settimanali presso
il Punto Guardia di _____ posizione graduatoria regionale valevole per l'anno
2016 al n. _____ indirizzo Pec _____ mail _____;

DICHIARA

- **Di essere disponibile ad accettare** l'incarico finalizzato all' apertura dell'ambulatorio in oggetto nei Distretti di Guspini e Sanluri della ASL di Sanluri.

Data

Firma
