

All'Azienda USL di Bologna  
convenzioni.nazionali@pec.ausl.bologna.it

OGGETTO: Incarichi di Pediatria di Libera Scelta.

Il sottoscritto.....nato a .....il.....

residente a.....Via.....n.

dichiara

di non poter partecipare alla convocazione del **27 FEBBRAIO 2024** ed esprime la propria disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di Pediatra di Libera Scelta secondo il seguente ordine di priorità: *(riportare il numero indicato nel Bollettino Ufficiale che identifica gli ambiti territoriali)*

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

**Si allegano:**

- **Autocertificazione informativa ( Allegato I):**
- **Fotocopia di documento d'identità.**

Data.....

Firma.....