

**ASREM**  
**Al Direttore f.f. della S.C. Integrazione**  
**Ospedale Territorio e Sociosanitaria**

mail [roberta.vallone@asrem.molise.it](mailto:roberta.vallone@asrem.molise.it)  
[debora.campagna@asrem.molise.it](mailto:debora.campagna@asrem.molise.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 nell'ambito del Comune di San Massimo per il periodo invernale ( fino al 01/04/2024) in base all'avviso pubblicato sul sito Aziendale in data \_\_\_\_\_

.

#### 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'