

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO PER L'INDIVIDUAZIONE DEL
COORDINATORE DI DISTRETTO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Al Direttore.
Dipartimento Cure Primarie
ASP di Agrigento

Io sottoscritto Dr. _____ nato il _____ a _____ e
residente a _____ in via _____, data di Laurea
_____ iscritto all'Ordine dei Medici di _____ al n.
_____, C.F. _____ CODICE ENPAM
_____ Tel/Cell _____ PEC _____

CHIEDO

Di essere ammesso alla procedura di selezione per il ruolo di **Coordinatore di Distretto di Emergenza Sanitaria Territoriale** come da Bando di concorso prot. n. _____ pubblicato su sito ASP Agrigento

A tal fine, dichiaro sotto la mia personale responsabilità, ai sensi del DPR 445/200 quanto segue:

DATI PERSONALI

Nome e cognome _____ Luogo e data di nascita
_____ codice fiscale _____ indirizzo di residenza

TITOLI DI STUDIO

Laurea _____ conseguita presso l'Università _____ in
data _____ con votazione _____ abilitazione all'attività di
Emergenza Sanitaria Territoriale conseguita presso _____ in data

ALTRI TITOLI RILEVANTI PER LA POSIZIONE

ESPERIENZE PROFESSIONALI

Titolarità E.S.T. presso A.S.P. Agrigento _____ (indicare giorno, mese, anno)

Altri servizi svolti rilevanti per la posizione _____

Allego:

Curriculum Vitae aggiornato, dettagliato e firmato

Allegato "L"

Documento di identità in corso di validità

Dichiaro inoltre di accettare integralmente tutte le condizioni previste dal Bando.

_____, li _____

FIRMA
