**Manifestazione di interesse ad assumere incarichi provvisori nell’ambito della Assistenza Primaria/Assistenza Pediatrica**

**Alla UOC**

**E MAIL**

**DEL 12 LUGLIO 2022**

**SCADENZA 15 LUGLIO 2021**

**Gestione Giuridica ed**

**Amministrativa Convenzionamenti**

**Dipartimento Cure Primarie**

**ATS dell'Insubria**

**Il/La sottoscritt**\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Luogo di nascita** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Prov.** \_\_\_\_\_ **il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Residente a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Via \_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **CAP**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(Domiciliato/a*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***Via*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **C*AP***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**Telefono** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **cell.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E mail** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Corso di Formazione MMG **SI** **NO**
* Iscritto/a Corso di Formazione MMG …………………………………………………….
* Specialista Pediatra
* Vaccinato/a COVID **SI** **NO n. dosi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Manifesta il proprio interesse per l\_ posizion\_ come di seguito riportato:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **1/RON/LU** | **INCARICO PROVVISORIO (per n. 2 medici cessati , totale circa 1600 assistiti)** per garantire l'assistenza nell'ambito territoriale di ***Cadorago – Vertemate con Minoprio*** (sede ambulatorio Cadorago) con decorrenza **01/08/2022** |
|  | **2/CAST** | **INCARICO PROVVISORIO** per garantire l'assistenza a circa **1532** assistiti nell'ambito territoriale di ***Fenegrò, Limido Comasco, Lurago Marinone*** (sede ambulatorio Fenegrò) con decorrenza **01/08/2022** |
|  | **3/DAN** | **INCARICO PROVVISORIO** per garantire l'assistenza a circa **890 assistiti** nell'ambito territoriale di ***Erba, Pusiano*** (sede ambulatorio Erba) con decorrenza **30/08/2022** |
|  | **4/GEM** | **INCARICO PROVVISORIO** per garantire l'assistenza a circa **1370** assistiti nell'ambito territoriale di ***Erba, Pusiano*** (sede ambulatorio Erba) con decorrenza **01/09/2022** |
|  | **5/ROS** | **INCARICO PROVVISORIO** per garantire l'assistenza a circa **1559** assistiti nell'ambito territoriale di ***Cirimido, Lomazzo*** (sede ambulatorio Lomazzo) con decorrenza **01/09/2022** |

**NB: eventualmente gli incarichi n. 3/DAN e 4/GEM sono assegnabili ad un solo medico**

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SI CHIEDE DI VOLER COMPILARE LA MODULISTICA IN STAMPATELLO E IN MANIERA LEGGIBILE E RESTITUIRLA ALLE SEGUENTI MAIL: [barzons@ats-insubria.it](mailto:barzons@ats-insubria.it) – dipaolae@ats-insubria.it