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

**Alla S.C.**

**E MAIL**

**Del 27 Dicembre 2022**

**SCADENZA**

**29 Dicembre 2022 – ore 16**

**Gestione Giuridica ed**

**Amministrativa Convenzionamenti**

**Dipartimento Cure Primarie**

**ATS dell'Insubria**

**Il/La sottoscritt**\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **nat\_ a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Prov.**\_\_\_

**il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Via \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CAP**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **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 come di seguito riportato:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **1) GIT** | **INCARICO PROVVISORIO**per garantire l'assistenza a circa **1750**assistiti nell'ambito territoriale costituito dai Comuni di ***Albiolo, Beregazzo con Figliaro, Binago, Solbiate con Cagno, Uggiate Trevano, Valmorea***con decorrenza***IMMEDIATA*** |
|  | **2) BIA** | **INCARICO PROVVISORIO**per garantire l'assistenza a circa **800**assistiti nell'ambito territoriale costituito dai Comuni di ***Olgiate Comasco, Lurate Caccivio***con decorrenza **IMMEDIATA** |

## 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) – [missaglial@ats-insubria.it](mailto:missaglial@ats-insubria.it)