



Attività medici di EST presso il Pronto Soccorso del P.O. F.B.C. di Leonforte.

Il / La sottoscritt _____ dr. _____ nato a _____
il _____, titolare di Emergenza Sanitaria Territoriale presso la M.S.A. di _____
presa visione dell'avviso pubblicato in data 24 febbraio 2020 predisposta dall'U.O.C. di A.S.B. e Cure
domiciliari, manifesta la propria disponibilità a svolgere attività presso il Pronto Soccorso del P.O.
FBC di Leonforte, ai sensi dell'Art.5 comma 2 dell'AIR di settore vigente.

li _____

firma