



Allegato "A" – Modulo adesione manifestazione di interesse attività ambulatorio vaccinale

Alla Direzione Sanitaria di Presidio
Direzionesanitariaire-isg@ifogov.it

OGGETTO: RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE A MANIFESTAZIONE DI INTERESSE DI DIRIGENTI
MEDICI VARIE DISCIPLINE PER LE ATTIVITA' AMBULATORIO VACCINALE IFO

Il/La sottoscritta/o _____ matr. _____

Dirigente Medico disciplina _____

indirizzo e-mail _____ cellulare _____

in servizio presso _____

CHIEDE

di poter partecipare alla manifestazione di interesse per le attività dell'ambulatorio vaccinale presso IFO in attività extra oraria, in regime di prestazione/orario aggiuntivo.

Data _____

Firma
