

Alla C.A. del RUGLA

protocollo@pec.aslnuoro.it
personale.amm@aslnuoro.it

**Piano di recupero per le liste d'attesa Covid-19.
Manifestazione d'interesse per lo svolgimento di prestazioni ambulatoriali,
screening e di ricovero ospedaliero.**

__ I __ sottoscritt _____
Matricola n. _____, nat __ il ____ / ____ / _____ a _____
in Servizio presso l'U.O. della ASL Nuoro _____
telefono cellulare _____ e-mail: _____
con la qualifica di:

- DIRIGENTE MEDICO DELLA DISCIPLINA DI _____
 PERSONALE DEL COMPARTO _____
 ALTRO _____

chiede

di partecipare alla manifestazione di interesse per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive relative
alla branca di _____

Si allega copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

_____, ____ / ____ / _____

Firma