

ALL. A)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER IL PERIODO:**

Alla Regione Lazio – Ass.to Sanità
Dipartimento Sociale
Direzione Reg. Tutela della Salute e S.S.R.
D4 - 4V-14
Via R.R. Garibaldi, 7
00145 ROMA

Marca da
bollo

Il _____ sottoscritto
Dott. _____

Nato _____ a _____ Prov. _____
Il _____

Codice Fiscale _____ Comune di
residenza _____

Prov. _____ Indirizzo _____
R. _____

C.A.P. _____ n. Tel. _____

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per il periodo:

ACCLUDE

N..... dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione)

N..... dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio

N..... certificati

Data.....

Firma.....