

Modulo A

**AL DIRETTORE SANITARIO
dell' Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
PEC: asufc@certsanita.fvg.it
Mail: ds@asufc.sanita.fvg.it**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____

dipendente a tempo determinato/indeterminato di questa Azienda con la qualifica di:

presso la SOC/SOS di DPT: _____

ai fini della partecipazione all'avviso pubblico con scadenza _____

per il conferimento di incarico quinquennale di Dirigente medico-Direttore SOC nella disciplina di:

_____ presso l'Azienda: _____

CHIEDE

Il rilascio del certificato afferente al curriculum professionale da articolarsi nel seguente modo:

- TIPOLOGIA DELLA ISTITUZIONE**
- TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI DELLA STRUTTURA**

con riferimento alla SOC: _____ per il periodo _____
SOC: _____ per il periodo _____

n. telefono: _____

mail: _____

firma

data _____