

**Spett.le Azienda A.S.L. Frosinone**  
**Direzione amministrativa-contratto unico nazionale e specialistica**

**Oggetto:** Domanda di adesione al progetto di degenza infermieristica di  
**ANAGNI**

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Tel /Cell \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ Medico di Med Gen Cod. Reg \_\_\_\_\_

convenzionato per  Assistenza Primaria  Continuità Assistenziale  Medicina dei Servizi

Medico iscritto nella graduatoria aziendale  Medico in formazione

presa visione del Progetto in questione, *chiede di partecipare* all'avviso in oggetto e, in caso di inserimento nei turni secondo le modalità stabilite nel progetto e le necessità evidenziate dal coordinatore del progetto, dichiara di esprimere preferenza come da schema seguente:

LUNEDI'	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 13-16
MARTEDI'	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 13-16
MERCOLEDI'	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 13-16
GIOVEDI'	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 13-16
VENERDI'	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 13-16
SABATO	<input type="checkbox"/> 10-13	====

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (Firma)