

PEC: ast.ancona@emarche.it

SPETT.LE
AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI ANCONA
U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata
Ufficio Gestione Graduatorie Regionali M.M.G./P.L.S.
Viale C. Colombo, 106
60127 - Ancona

Oggetto: Istanza di riesame della Graduatoria Regionale Provvisoria della Pediatria di Libera Scelta - anno 2024.

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa
(cognome e nome)

nato/a Prov. il residente a
..... Prov. CAP
Via n°

CHIEDE

il riesame della propria posizione nella Graduatoria Regionale Provvisoria a valere per l'anno 2024 per i seguenti motivi (*specificare i motivi esaurientemente*):

.....
.....
.....
.....
.....

Data

Firma per esteso

.....

.....

Il sottoscrittore della presente istanza di riesame deve allegare copia fronte-retro del documento di identità in corso di validità.