Al Direttore della SC Otorinolaringoiatria Vigevano

 Sua Sede

Oggetto: richiesta di conferimento di incarico professionale, denominato:

“Processo Verifica e Controllo cartelle cliniche otorinolaringoiatriche”

Il sottoscritto / la sottoscritta …………………………………………………………………….. ….…..nato/a a

……………………………………………………………..….. il ………………………………… ……...residente a

…………………………………………………….. in Via ……………………………….…………….………………...

dipendente di ASST Pavia con inquadramento nella posizione funzionale di Dirigente…………………

assegnato alla SC. …..………...……………………………………………………………………………….presso

……………………………………………………………………………………………………………………….……..

C H I E D E

mediante produzione della presente istanza, di partecipare ad avviso interno bandito ai fini del conferimento dell’incarico professionale denominato:

………………………………………………………………………………………………………………………………

 In fede

 ………………………………………………….

Allegato: curriculum vitae et studiorum