

DICHIARAZIONE

Di accettazione all'eventuale nomina quale componente del Tavolo di consultazione di cui alla DGR n. 40/14 del 16/10/2024, recante "Atto di indirizzo concernente l'attivazione di un Tavolo di consultazione partecipata diretta agli studenti e specializzandi della facoltà di medicina, finalizzata all'acquisizione di proposte di intervento in ordine alle diverse problematiche inerenti all'accesso alla professione nella realtà lavorativa isolana".

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____
(Prov. _____) il _____, residente in _____ (CAP _____) via
_____ n° _____.

DICHIARA

Di accettare l'eventuale nomina al Tavolo di consultazione partecipata di cui all'oggetto disposta con decreto dell'Assessore dell'Igiene e sanità e dell'Assistenza sociale.

Data _____

Il/la Dichiarante
