

modulo di adesione Allegato 2)

**Al Commissario Straordinario
Al Direttore Sanitario
Al Responsabile del Distretto di
Al Responsabile dell'U.O di
SEDE**

Richiesta adesione al progetto T.O.T. (Territorio-Ospedale-Territorio)

Cognome	Nome
Specializzazione	
U.O. di appartenenza	

Il sottoscritto chiede di poter aderire al progetto T.O.T. in qualità di specialista in:

•
•
•

Dichiara, con la sottoscrizione del presente atto, di conoscere ed approvare il regolamento del progetto.

Nuoro

Firma
