

ALLEGATO “A”

Al *Direttore UOC A.R.C.U.N.*

Al Direttore del Dipartimento della  
Medicina Generale della USL Toscana  
Nord Ovest

Al *Coordinatore AFT* \_\_\_\_\_

OGGETTO: Presentazione della candidatura per l’elezione di Referente di sede di CA di AFT

Il/Ila sottoscritto/a Dr.\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
afferente alla AFT \_\_\_\_\_

VISTA

la comunicazione del Coordinatore della AFT interessata

PRESENTA

la propria candidatura per le votazioni per Referente di sede di CA della AFT:

\_\_\_\_\_

DICHIARA

di essere medico titolare di Continuità assistenziale a tempo indeterminato  
dal\_\_\_\_\_.

Il/la sottoscritto/a indica i seguenti recapiti dove ricevere le comunicazioni inerenti la procedura  
elettorale in oggetto:

Telefono mobile e/o

fisso\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

altro indirizzo

mail\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a allega alla presente domanda di candidatura **copia di un documento di identità** in corso di validità.

Luogo e data\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_  
(Firma obbligatoria a pena esclusione della candidatura)

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati, nel rispetto della normativa vigente, esclusivamente per gli adempimenti inerenti la procedura elettorale in oggetto.

Luogo e  
data\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_  
(Firma obbligatoria a pena esclusione della candidatura)