

Al Direttore Distretto Sanitario di Base di Agrigento  
SEDE

**RICHIESTA CERTIFICAZIONE DI SERVIZIO**

Il Sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_,

nella qualità di \_\_\_\_\_ C.R. \_\_\_\_\_, chiede

il rilascio della certificazione attestante il servizio svolto presso Codesto Distretto

dalla data di iscrizione (Medici M.G. – PLS)

dalla data del conferimento di incarico (Medici C.A. – EST – Medicina dei Servizi  
- Specialisti Amb.li)

Agrigento, li \_\_\_\_\_

TIMBRO e FIRMA