



**DICHIARAZIONE DI ESCLUSIVITA'**

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa .....,  
C.F. ....nato/a .....  
il ....., residente in ..... alla via  
.....

**DICHIARA**

L'esclusività del rapporto, in qualità di istruttore I.R.C. nei moduli per l'emergenza-urgenza, con la ASL BT.

Data/Luogo

.....

Firma

.....