

DICHIARAZIONE di disponibilità da inviare solo i medici NON in graduatoria aziendale vigente  
giusta AVVISO convocazione 09/10/2024  
da inviare entro le ore 08:00 di mercoledì 09/10/2024

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
da scrivere a stampatello e leggibile Cognome e Nome

\_\_\_\_\_

<i>Codice fiscale</i>	<i>data di nascita</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>Prov. di nascita</i>
-----------------------	------------------------	-------------------------	-------------------------

\_\_\_\_\_

<i>indirizzo di residenza</i>	<i>Comune</i>	<i>Prov</i>
-------------------------------	---------------	-------------

\_\_\_\_\_

<i>telefono</i>	<i>e-mail</i>
-----------------	---------------

\_\_\_\_\_

*PEC Posta Elettronica Certificata (obbligatorio per comunicazioni con le Pubbliche Amministrazioni)*

COMUNICA

la propria disponibilità all'accettazione per il conferimento di incarico provvisorio del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (Continuità Assistenziale) o per l'affidamento di sostituzione per la Continuità Assistenziale o di incarico provvisorio di assistenza negli Istituti Penitenziari presso Case Circondariali/Reclusione (*ai sensi della nota Assessorato Salute prot. n. 27715 del 23/03/2016*) ed eventuale ulteriore conferimento di incarico provvisorio e/o di sostituzione per l'attività in plus orario presso PPI e/o di attività distrettuale per i presidi vacanti indicati nell'avviso o gli eventuali che si renderanno vacanti entro la data di convocazione.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ documento di identità allegato