

DICHIARAZIONE di disponibilità da inviare solo i medici NON in graduatoria aziendale vigente
giusta AVVISO convocazione 06/11/2024
da inviare entro le ore 08:00 di mercoledì 06/11/2024

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