

AL Legale Rappresentante
dell'ASP TRAPANI per il tramite del Distretto Sanitario di _____

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA'

Il Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____ (*nome*) _____

nato/a a _____ Prov _____ il _____

Codice fiscale _____

mobile _____ e-mail _____

PEC _____

con incarico di Medico di Assistenza Primaria presso Ambito Territoriale di

con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo
mensile del mese di _____

DICHIARA

di dare la propria disponibilità per ricoprire l'incarico di "ore straordinarie" di:

- Continuità Assistenziale e/o
- turni di disponibilità per "incarichi estemporanei"

presso presidio di Continuità Assistenziale individuato come carente dalla Direzione Strategica.

_____ li _____

Firma _____