

All'A.S.P. di Trapani
U.O.C. Gestione Amministrativa Attività Convenzionate
pec: gestione.amministrativa.territoriale@pec.asptrapani.it

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa
nato/a il a (Prov.)
e residente a (Prov.)
in via n. CAP
cellulare mail
PEC
specialista nella branca di

comunica la propria disponibilità

ad accettare un incarico a tempo determinato ai sensi dell'art.22 del vigente A.C.N. del 04/04/2024 nella branca di oculistica ed a tal fine, a titolo meramente indicativo, specifica quanto segue:

- **Totale ore di incarico** (indicare il numero di ore per il quale si è disponibili ad accettare l'incarico tra un minimo di 12,00 ore ed un massimo di 38,00 ore settimanali) _____
- **Sede distrettuale** (indicare uno o più dei seguenti distretti presso i quali si è disponibili ad accettare l'incarico specificando anche il monte orario distrettuale rispetto al totale ore di incarico indicato nel punto precedente)

DISTRETTO/PRESIDIO	Totale ore distrettuale	Totale ore di incarico
<input type="checkbox"/> Distretto di Castelvetrano	_____	_____
<input type="checkbox"/> Distretto di Mazara del Vallo	_____	
<input type="checkbox"/> Distretto di Trapani	_____	

NOTE

.....
.....
.....
.....

Si allega copia del documento di identità

Luogo e data

Firma
