

**ALL' AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI VITERBO  
U.O.C. - A.G.G.E. DELLE RISORSE UMANE  
SETTORE MEDICINA CONVENZIONATA**

**Via Enrico Fermi, 15  
01100 Viterbo**

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' PER CONFERIMENTO INCARICHI A TEMPO DETERMINATO  
E DI SOSTITUZIONE NELLE ATTIVITA' DELLA MEDICINA DEI SERVIZI 2014 - 2015

Il/La sottoscritto/a Dr. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
eventuale indirizzo PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserit\_ nella graduatoria aziendale di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato (sostituzioni e incarichi provvisori) di 24 ore settimanali, nelle Attività di Medicina dei Servizi

**A TAL FINE DICHIARA**

di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
e abilitato all'esercizio professionale il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

di essere attualmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_  
al n. \_\_\_\_\_ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico

di essere / non essere inserito nella graduatoria unica regionale definitiva della MEDICINA dei SERVIZI anno 2014, pubblicata sul BUR Lazio n. 37 del 08/05/2014  
nella posizione \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_

di essere / non essere titolare di Medicina Generale con n. \_\_\_\_\_ scelte in data \_\_\_\_\_  
presso la ASL \_\_\_\_\_

di essere / non essere Titolare di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali di Continuità Assistenziale presso la ASL \_\_\_\_\_

di essere / non essere Titolare di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali di Medicina dei Servizi presso la ASL \_\_\_\_\_

di essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale  
presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

di essere / non essere iscritto a scuola di specializzazione:  
sede \_\_\_\_\_

Lo/la scrivente si impegna a comunicare alla AUSL VITERBO, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione intervenga sulle notizie fornite con la presente dichiarazione.

luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_