

**ALL' AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI VITERBO  
POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE  
SETTORE MEDICINA CONVENZIONATA**

**Via Enrico Fermi, 15  
01100 Viterbo**

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' PER CONFERIMENTO INCARICHI A TEMPO DETERMINATO  
NEL SERVIZIO DI A.C.P. 2016 - 2017

Il/La sottoscritto/a Dr. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ 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 10 turni annuali con orario 10,00 - 19:00, nel Servizio di A.C.P. .

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 titolare di incarichi/rapporti con il SSR Lazio alla data di scadenza dell' Avviso per la presente graduatoria.

✓ di essere / non essere titolare di Medicina Generale con n. \_\_\_\_\_ scelte in data \_\_\_\_\_

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

✓ di essere / non essere Titolare di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali per doppio incarico (Continuità Assistenziale-Assistenza Primaria-Medicina dei Servizi) presso la ASL \_\_\_\_\_

✓ di essere / non essere in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale, rilasciato in data \_\_\_\_\_ dalla \_\_\_\_\_

✓ 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 \_\_\_\_\_