

**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. 2017 - 2018

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 Assistenza Primaria presso la ASL di Viterbo con n. _____ scelte in data _____

di essere / non essere Titolare di n. _____ ore settimanali di Continuità Assistenziale/Medicina dei Servizi presso la ASL di Viterbo

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

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 _____