

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

Via Enrico Fermi, 15
01100 Viterbo

PEC: prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' PER CONFERIMENTO INCARICHI ATTIVITA' AMBULATORIO MED PROGETTO SPERIMENTALE CODICI BIANCHI E VERDI PRESSO I PP.SS. DI TARQUINIA E CIVITA CASTELLANA

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 presso i PP.SS. di Tarquinia e Civita Castellana con orario 08.00 – 20.00

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 titolare/Incarico Provvisorio di n. _____ ore settimanali di Continuità Assistenziale presso la ASL di Viterbo nella postazione di _____

✓ di essere titolare di Medicina Generale con n. _____ scelte in data _____ presso la ASL di Viterbo nel Distretto di _____

Disponibilità per sede (indicare una sola preferenza):

Pronto Soccorso di Tarquinia

Pronto Soccorso di Civita Castellana

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 _____