

**COMUNICAZIONE DI DISPONIBILITA' ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI PUBBLICATI
A TEMPO DETERMINATO - art. 22 ACN 2020**

PER IL ____ TRIMESTRE 202__

Al Direttore Generale
ASL Salerno
UOC Assistenza Primaria
assistenzaprimaria@pec.aslsalerno.it

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

nato/a a _____ (prov. _____) il _____

cittadinanza _____ codice fiscale _____

residente nel Comune di _____ (prov. _____) CAP _____

al/alla Via/Corso/Piazza _____ n. _____

PEC _____

e-mail _____

cellulare _____ telefono fisso _____

di essere iscritto/a all'Ordine dei/degli

_____ con n° _____ dal ____ / ____ / ____

- laureato/a in _____ il ____ / ____ / ____

con voto _____ presso l'Università di _____

- specializzato/a in _____ il ____ / ____ / ____

con voto _____ presso l'Università di _____

(biffare un solo item dei seguenti due)

presente nella vigente graduatoria degli aspiranti ad incarico alla posizione n° _____
nella branca di _____

non presente nella vigente graduatoria degli aspiranti ad incarico, in possesso dei requisiti di cui
all'art. 19, co. 4 e disponibile per la branca di _____

COMUNICA

la propria disponibilità all'assegnazione per la branca di: _____

dei seguenti turni: _____

(I documenti devono essere allegati se la pubblicazione contiene la richiesta di possesso di particolari capacità professionali)

Allega alla presente i seguenti documenti: _____

Chiede, inoltre, che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente indirizzo PEC o e-mail:

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, nato/a a _____ il _____ ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i. e consapevole della decadenza dai benefici, prevista dall'art. 75, e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76, per chi attesta il falso, rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso

dichiara

sotto la propria responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Autorizza, inoltre, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per tutte le finalità istituzionali, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e s.m.i..

Si allega copia della _____ n° _____
rilasciata da _____ il _____

(luogo e data)

(firma)