

ISTANZA PER LAPARTECIPAZIONE IN ECCEDENZA ORARIA AL CONFERIMENTO INCARICO SEMESTRALE

EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PRESSO IL P.S. DI RIBERA

All'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base

Viale della Vittoria 321

92100 Agrigento

Il sottoscritto dott. _____

nato a _____ il _____, residente a _____

CAP _____ via _____ TEL _____ CELL _____

mail PEC _____ titolare di incarico di Emergenza Sanitaria

Territoriale presso questa Azienda nel Presidio di _____ dal _____

con un'anzianità complessiva di servizio effettivo nell'emergenza Sanitaria Territoriale pari a mesi

COMUNICA

la propria disponibilità ad avere conferito incarico semestrale di n. 12 ore settimanali presso il P.S. di Ribera, secondo quanto previsto dall'art. 5 dell'A.I.R. Emergenza Sanitaria Territoriale vigente e secondo le procedure di cui all'art. 92 comma 9, ed in subordine comma 6 dell'A.C.N. di Medicina Generale vigente

Data

Firma
