

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
