

ISTANZA PER LA PARTECIPAZIONE IN ECCEDENZA ORARIA  
AL CONFERIMENTO INCARICO A TEMPO DETERMINATO  
PRESSO IL P.S. DI \_\_\_\_\_

All'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento  
Ex 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 a tempo determinato di n. 12 ore settimanali presso il  
P.S. di \_\_\_\_\_, 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

---