

DICHIARAZIONE di disponibilità da inviare solo i medici NON in Graduatoria Aziendale 2023  
giusto AVVISO di convocazione **prot. N. 127585 del 28/08/2023**  
da inviare entro le ore 12.00 di Mercoledì 30/08/2023

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome*

---

*Codice Fiscale* \_\_\_\_\_ *data nascita* \_\_\_\_\_ *luogo di nascita* \_\_\_\_\_

---

*Indirizzo di residenza* \_\_\_\_\_ *Comune* \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ PEC (obblig.) \_\_\_\_\_

## COMUNICA

La propria disponibilità all'accettazione per il conferimento di un incarico provvisorio a tempo determinato o per l'affidamento di incarico di sostituzione di assistenza primaria ad attività oraria (ex continuità assistenziale) per i presidi vacanti allegati all'avviso di convocazione.

❖ **Si allega documento di identità**

---

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_