

DICHIARAZIONE di disponibilità da inviare solo i medici **NON** in Graduatoria Aziendale 2024
giusto AVVISO di convocazione **prot. N. 142473 del 18/09/2024**
da inviare entro le ore 08.00 di Lunedì 23/09/2024

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 _____