

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 \_\_\_\_\_