

DICHIARAZIONE di disponibilità da inviare solo i medici NON in Graduatoria Aziendale 2024
giusto AVVISO di convocazione prot. N. 161456 del 22/10/2024
da inviare entro le ore 08.00 di Martedì 29/10/2024

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 _____