

DICHIARAZIONE di disponibilità da inviare solo i medici NON in Graduatoria Aziendale 2025
giusto AVVISO di convocazione prot. N. 74254 del 29/04/2026
da inviare entro le ore 08.00 di martedì 05 maggio 2026

Il/la Sottoscritto/a _____
Cognome e Nome

| | | |
|-----------------------|---------------------|-------------------------|
| <i>Codice Fiscale</i> | <i>data nascita</i> | <i>luogo di nascita</i> |
|-----------------------|---------------------|-------------------------|

| | |
|-------------------------------|---------------|
| <i>Indirizzo di residenza</i> | <i>Comune</i> |
|-------------------------------|---------------|

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 _____