

DOMANDA DI DISPONIBILITÀ PER I MEDICI TITOLARI NEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PER L'AUMENTO ORARIO SETTIMANALE A 38 ORE.

Il Sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

residente in _____ via _____ cap _____

telefono _____ email _____

posizione graduatoria regionale del _____ al n. _____

Medico Titolare nella Sede di _____

DICHIARA

- Di essere disponibile ad effettuare incarichi provvisori nel Servizio di Continuità Assistenziale secondo le modalità stabilite dall'Accordo Collettivo Nazionale vigente, art.70, comma 5.
 - E' facoltà del Medico indicare con ordine di priorità le seguenti Sedi presso le quali è interessato ad effettuare il completamento orario, qualora disponibili :
-

- Di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale.

Dichiara inoltre, che le notizie sopra riportate corrispondono al vero e di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Dichiara di acconsentire, ai sensi del D.Lgs n.196 del 30/06/2003, al trattamento dei propri dati personali, anche con strumenti informatici, per le finalità direttamente connesse al Servizio di Continuità Assistenziale.

Data, _____

FIRMA _____