DICHIARAZIONE di disponibilità da inviare solo i medici NON in Graduatoria Aziendale 2023
giusto AVVISO di convocazione **prot. N.** 109473 **del** 14/07/2023
da inviare entro le ore 12.00 di lunedì 24/07/2023

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** _____