

DICHIARAZIONE di disponibilità da inviare solo i medici NON in Graduatoria Aziendale 2023  
giusto AVVISO di convocazione **prot. N. 156270 del 19/10/2023**  
**da inviare entro le ore 08.00 di Martedì 24/10/2023**

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 \_\_\_\_\_