



AVVISO

PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE PER L'ADESIONE DEI MM.MM.GG (ASSISTENZA PRIMARIA -CONTINUITA' ASSISTENZIALE - MEDICINA DEI SERVIZI - MEDICI ISCRITTI NELLA GRADUATORIA AZIENDALE - MEDICI IN FORMAZIONE) AL PROGETTO SPERIMENTALE DI DEGENZA INFERMIERISTICA PRESSO IL PRESIDIO SANITARIO DI ANAGNI DI NUMERO 12(DOCICI) POSTI LETTO H 24.

PRESENTAZIONE DOMANDA

I MEDICI INTERESSATI POTRANNO PRESENTARE LA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE , REDATTA SUL MODELLO PREDISPOSTO DALLA ASL E PUBBLICATO SUL SITO AZIENDALE www.asl.fr.it:

- a mano con nota indirizzata all'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone, U.O.C. CCUUNN- Specialistica e consegnata direttamente al protocollo generale nel rispetto dell'orario vigente
- con Raccomandata AIR
- tramite pec : protocollo@pec.aslfrosinone.it

SCADENZA PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:

ENTRO SETTE GIORNI DAL GIORNO SUCCESSIVO ALLA DATA DI PUBBLICAZIONE SUL SITO AZIENDALE

NON VERRANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE LE DOMANDE PERVENUTE OLTRE IL TERMINE SUDDETTO.

FROSINONE 29/05/2017

Spett.le Azienda A.S.L. Frosinone
 Direzione amministrativa-contratto unico nazionale e specialistica

Oggetto: Domanda di adesione al progetto di degenza infermieristica di
ANAGNI

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____

Nato/a il _____ a _____ provincia _____

C.F. _____ residente _____

Via _____ Tel /Cell _____

e-mail: _____ Medico di Med Gen Cod. Reg _____

convenzionato per Assistenza Primaria Continuità Assistenziale Medicina dei Servizi

Medico iscritto nella graduatoria aziendale Medico in formazione

presa visione del Progetto in questione, *chiede di partecipare* all'avviso in oggetto e, in caso di inserimento nei turni secondo le modalità stabilite nel progetto e le necessità evidenziate dal coordinatore del progetto, dichiara di esprimere preferenza come da schema seguente:

LUNEDI'	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 13-16
MARTEDI'	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 13-16
MERCOLEDI'	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 13-16
GIOVEDI'	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 13-16
VENERDI'	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 13-16
SABATO	<input type="checkbox"/> 10-13	<input type="checkbox"/> 13-16

Data _____

 (Firma)

All. 4.

Azienda ASL Frosinone
Direzione Amministrativa CCUUNN-Specialistica
Via Armando Fabi snc
Frosinone

OGGETTO : Domanda di partecipazione all'avviso riservato ai Medici di Medicina Generale per l'acquisizione della disponibilità per la nomina a n. 1 Coordinatore organizzativo per la degenza infermieristica di Anagni .

Il sottoscritto (cognome) _____

(nome) _____ nato il _____

a _____ provincia _____

Cod. Fiscale _____ residente in _____

Via _____ rec.tel. _____

e-mail _____

chiede di partecipare all'avviso in oggetto pubblicato in datae con scadenza.....

A tal fine ,consapevole delle responsabilità penali previste per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 DPR 445/00 e s.m.i., dichiara:

1. di essere medico convenzionato a tempo indeterminato di:
 - a) Assistenza primaria
 - b) Continuità assistenziale
 - c) Medicina dei servizi
2. di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dal vigente ACN.

Allega:Curriculum formativo e professionale.

Data

Il richiedente