Spett.le **Azienda U.S.L. di Frosinone**
U.O.S.D. Contratti Unici Nazionali – Specialistica
Via Armando Fabi 03100 FROSINONE
PEC: protocollo@pec.aslfrosinone.it

Oggetto: Domanda di adesione al progetto di attivazione del Presidio Ambulatoriale Territoriale di:

ANAGNI – h 24

Il/la sottoscritt__ Dott. _____,
consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci il DPR 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 75 e 76),

nato/a _____ **il** _____ **e**

residente a _____ c.a.p _____

in via _____ n. _____

Cod. Fiscale _____

recapiti telefonici _____

E-mail (stampatello) _____

Pec (stampatello) _____

☐ **Documento Identità** ☐ **Patente** N° _____ data scadenza_____
(allegare fotocopia documento datata e firmata)

Ordine dei Medici di _____ **n°** _____ **Codice ENPAM** _____

Medico convenzionato per:

☐ Assistenza Primaria Cod. Reg. _____

☐ Continuità Assistenziale

☐ Medicina dei Servizi

☐ medico inserito nella graduatoria Az. USL Frosinone di disponibilità per incarichi C. Assistenziale

☐ medico in formazione specifica in Medicina Generale

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 per i seguenti giorni secondo le biffature apposte nello schema sottostante:

LUNEDI'	☐ 8:00 - 14:00	☐ 14:00 - 20:00	☐ 20:00 - 8:00
MARTEDI'	☐ 8:00 - 14:00	☐ 14:00 - 20:00	☐ 20:00 - 8:00
MERCOLEDI'	☐ 8:00 - 14:00	☐ 14:00 - 20:00	☐ 20:00 - 8:00
GIOVEDI'	☐ 8:00 - 14:00	☐ 14:00 - 20:00	☐ 20:00 - 8:00
VENERDI'	☐ 8:00 - 14:00	☐ 14:00 - 20:00	☐ 20:00 - 8:00
SABATO	☐ 8:00 - 14:00	☐ 14:00 - 20:00	☐ 20:00 - 8:00
DOMENICA	☐ 8:00 - 14:00	☐ 14:00 - 20:00	☐ 20:00 - 8:00

Data _____ Firma _____