# ASL FROSINONE - UOSD CC.UU.NN. - SPECIALISTICA

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER INCARICHI A TEMPO DETERMINATO
PER ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE LEGATE ALL'EMERGENZA COVID 19

## DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA'

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____,

Data di Nascita ___/___/_____ Recapito telefonico _____,

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

*Codice Fiscale*

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci il DPR 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dei benefici (artt. 75 e 76)

## DICHIARA

☐ Di essere **disponibile ad accettare l'incarico a tempo determinato**, fino a un massimale di 38 ore settimanali per il periodo massimo di sei mesi (eventualmente prorogabile per massimo altri sei mesi), per attività ambulatoriali previste dal lunedì alla domenica ore 8:00 – 20:00, in ambito territoriale e/o ospedaliero presso la ASL di Frosinone, per la

Branca Specialistica di _____.

☐ Di essere disponibile ad accettare l'incarico a tempo determinato, fino a un massimale di 38 ore settimanali per il periodo massimo di sei mesi (eventualmente prorogabile per massimo altri sei mesi), per copertura di turni di servizio in ospedale, presso i 4 presidi ospedalieri della ASL di Frosinone, anche come quota parte dell'orario settimanale svolto presso i presidi territoriali della ASL.

☐ inserito nella vigente graduatoria Aziendale della ASL di Frosinone alla Posizione _____ (*per la Branca di interesse*);

☐ Di essere inserito nella vigente graduatoria Aziendale della ASL di Frosinone alla Posizione _____ (*per la Branca di interesse*);

☐ Di avere conseguito la Specializzazione in _____ in data ___/___/_____;

☐ Di avere conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia in data ___/___/_____;

Data ___/___/_____ firma _____

***ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' O DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'***
***(ex Art. 38 D.P.R. 445/2000)***