

f) Di NON aver maturato esperienza lavorativa all'interno degli Istituti Penitenziari

Di AVER maturato esperienza lavorativa all'interno degli Istituti Penitenziari

totale mesi n° _____ dal _____ al _____ c/o Ist.Penit. _____

totale mesi n° _____ dal _____ al _____ c/o Ist.Penit. _____

totale mesi n° _____ dal _____ al _____ c/o Ist.Penit. _____

totale mesi n° _____ dal _____ al _____ c/o Ist.Penit. _____

In caso di attività svolta, indicare i dati dell'amministrazione di riferimento, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta, così come previsto dall'art. 15, c.2, della L. 183/2011.

ASL _____ Città _____ Tel _____ e-mail _____

ASL _____ Città _____ Tel _____ e-mail _____

ASL _____ Città _____ Tel _____ e-mail _____

CHIEDE

ai sensi e per gli effetti del relativo AVVISO

Di essere inserito nella GRADUATORIA AZIENDALE PER L'ANNO 2019 dei medici disponibili per il conferimento di incarichi a tempo determinato (sostituzioni e incarichi provvisori) di 24 ore settimanali di Continuità Assistenziale presso gli Istituti Penitenziari della ASL di Frosinone

DICHIARA:

- a) di essere a conoscenza che la presente domanda di disponibilità ha valore fino alla pubblicazione delle graduatorie definitive di settore della Medicina Generale valide per l'anno 2020
- b) di essere a conoscenza che quanto dichiarato potrà essere sottoposto a verifica in qualsiasi momento e si impegna a comunicare, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione intervenga a quanto affermato con la presente.
- c) di essere consapevole e di accettare espressamente tutto quanto riportato nell'avviso cui la presente domanda si riferisce.

Data _____

Firma _____

Si raccomanda di scrivere in STAMPATELLO MAIUSCOLO (anche gli indirizzi PEC e EMAIL barrando lo zero) in modo leggibile, la ASL declina ogni responsabilità per eventuale errata interpretazione della scrittura.