All. 2

**Al Responsabile UOSD Medicina di Base e Reti Assistenziali**

 protocollo@pec.aslfrosinone.it

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA’ PER INCARICO A TEMPO DETERMINATO**

AI SENSI DELL’ART. 22 , ACN 30/3/2020 *“Medici Specialisti Ambulatoriali ed altre professionalità Sanitarie”*

**BRANCA PSICHIATRIA – REMS DI CECCANO e REMS DI PONTECORVO**

**\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt \_\_\_ Dott**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nat \_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(pro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_M\_\_ F\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Codice Fiscale:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Comune di residenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov.\_\_\_\_\_\_)

Indirizzo Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Laureato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, specializzato/a in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

□ SPECIALISTA ISCRITTO NELLA GRADUATORIA PUBBLICATA SUL SITO DELLA ASL FR IL 10/03/2021 (Determina 1810 del 09/03/2021) PER LA BRANCA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ SPECIALISTA CHE ABBIA CONSEGUITO LA SPECIALIZZAZIONE ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA’;

**DICHIARA**

di essere disponibile ad accettare il turno o i turni di seguito indicati (barrare quello che interessa):

□ **n° \_/ore settimanali nella branca di PSICHIATRIA presso la REMS di CECCANO**

□ **6h, 30 m - lunedì ore 08.00 - 14.30** □ **6h, 20 m - lunedì ore 13.40 - 20.00**

□ **6h,20 m - martedì ore 08.00 - 14.20** □ **6h, 20 m - martedì ore 13.40 - 20.00**

□ **6h, 30 m – mercoledì ore 08.00 - 14.30** □ **6h, 20 m - mercoledì ore 13.40 - 20.00**

□ **6h, 30 m –giovedì ore 08.00 - 14.30** □ **6h, 20 m - giovedì ore 13.40 - 20.00**

□ **6h,20 m - venerdì ore 08.00 - 14.20** □ **6h, 20 m - venerdì ore 13.40 - 20.00**

□ **6h - sabato ore 08.00 - 14.00** □ **5h - sabato ore 15,00 - 20.00**

□ **n° \_/ore settimanali nella branca di \_PSICHIATRIA presso la REMS di PONTECORVO**

□ **6h, 30 m - lunedì ore 08.00 - 14.30** □ **6h, 20 m - lunedì ore 13.40 - 20.00**

□ **6h,20 m - martedì ore 08.00 - 14.20** □ **6h, 20 m - martedì ore 13.40 - 20.00**

□ **6h, 30 m – mercoledì ore 08.00 - 14.30** □ **6h, 20 m - mercoledì ore 13.40 - 20.00**

□ **6h, 30 m –giovedì ore 08.00 - 14.30** □ **6h, 20 m - giovedì ore 13.40 - 20.00**

□ **6h,20 m - venerdì ore 08.00 - 14.20** □ **6h, 20 m - venerdì ore 13.40 - 20.00**

□ **6h - sabato ore 08.00 - 14.00** □ **5h - sabato ore 15,00 - 20.00**

 Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali previste dal DPR 445/2000 e s.m.i. dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero e che è a conoscenza che quanto dichiarato potrà essere sottoposto a verifica in qualsiasi momento.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il/la sottoscritto/a, inoltre, autorizza la ASL di Frosinone al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente dichiarazione per le strette finalità ad essa inerenti.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_