

Al Direttore Generale  
ASL FROSINONE

IL/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

indirizzo di residenza: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ città

Prov. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail PEC \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_ in qualità di Dirigente Medico disciplina Anestesia e  
Rianimazione

**DICHIARA**

La propria disponibilità allo svolgimento dei turni su Ambulanza medicalizzata nell'ambito dello svolgimento di attività ambulatoriali per la somministrazione di farmaci onco-blastici presso la sede di Anagni, ai sensi della convenzione stipulata con ARES 118.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*(la domanda deve essere sottoscritta dal candidato, pena nullità della stessa)*