ASL FROSINONE - UOSD MEDICINA CONVENZIONATA E RETI ASSISTENZIALI
MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER INCARICHI A TEMPO DETERMINATO
PER ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE IN AMBITO OSPEDALIERO 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 un periodo massimo di sei mesi (eventualmente prorogabile per massimo altri sei mesi), in qualità di Specialista Ambulatoriale, per attività nell'ambito dei Reparti dei Presidi Ospedalieri di Alatri, Frosinone, Sora e Cassino, con sede e articolazione oraria da concordare al momento del conferimento dell'incarico.

Branca Specialistica di _____.

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

☐ Di non essere inserito nella vigente graduatoria Aziendale della ASL di Frosinone, ma 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)