Da compilare a cura del Medico

ed inviare con PEC all 'indirizzo

medicinadibaseguardiamedica@pec.aslfrosinone.it

Al Responsabile UOSD
Medicina Convenzionata/RA

OGGETTO: Disponibilità all'incarico a tempo determinato di Continuità Assistenziale Postazione di:

_____

Il/la Sottoscritto/a Dott. _____

Nato il ___/___/_____ a _____( )

C.F.																

Comune di residenza_____(Prov.____) in Via _____n._____

Tel._____e-mail._____

PEC_____

DICHIARA la propria disponibilità all'assegnazione, ai sensi degli artt. 36 e 37 dell'ACN 04.04.2024 del/degli incarico/chi di sostituzione / a tempo determinato di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale) riportati nel prospetto delle sedi vacanti in allegato (indicare con numerazione progressiva l'ordine di priorità delle sedi scelte):

☐ Distretto "A"
Contrassegnati Numero lettera_____

☐ Distretto "B"
Contrassegnati Numero lettera_____

☐ Distretto "C"
Contrassegnati Numero lettera_____

☐ Distretto "D"
Contrassegnati Numero lettera_____

☐ Istituti Penitenziari
Contrassegnati Numero lettera_____

DICHIARA inoltre di non essere incompatibile all'incarico.

Allega alla presente l'autocertificazione informativa (All.1) e la copia di un documento valido d'identità datato e firmato.

Data_____ Firma_____

ausl_fr (MED_CON_RET_ASS) - Cod.Reg. RGP-2025 -
Prot.N. 00052767 - 28/07/2025 12:26:08 - USCITA
3-2025-52767
sha-256: 2cff16499092427f824ba3f80fca7e00c45ba5c01267163477f29e901e365e92