

BOLLO

€ 16,00

**SOC Pediatri di famiglia e Specialistica ambulatoriale**

Villa Fabbri - Via di San Salvi, 12

50135 Firenze

**OGGETTO: Dichiarazione disponibilità turni disponibili**

**Turno/i** \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

**Tel. e cellulare** \_\_\_\_\_;

A) medico specialista titolare d'incarico a tempo indeterminato/determinato

presso \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali,

nella branca di \_\_\_\_\_, a decorrere dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

anzianità e voto di specializzazione \_\_\_\_\_

anzianità e voto di laurea \_\_\_\_\_

B) iscritto/non iscritto nella graduatoria della specialistica ambulatoriale valida per l'anno \_\_\_\_\_,

### DICHIARA

la propria disponibilità a ricoprire l'incarico/gli incarichi di cui all'oggetto, con il seguente ordine di priorità (\*):

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di svolgere la seguente attività \_\_\_\_\_  
ai fini dell'individuazione delle priorità per l'attribuzione dei turni vacanti di cui all'art. 23 intesa conferenza Stato  
Regione 23 marzo 2005.

Dichiara infine la disponibilità a rimuovere eventuali incompatibilità rilevate.

Firenze, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(\*) da compilare esclusivamente nel caso di pubblicazione di più turni vacanti