BOLLO

€ 16,00

SOC PEDIATRI DI FAMIGLIA E SPECIALISTICA AMBULATORIALE
Villa Fabbri - Via di San Salvi,12
50135 Firenze

OGGETTO: Dichiarazione disponibilità per turni vacanti senza selezione

Turno _____ **ambito** _____ **branca** _____ **ore settimanali** _____

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

nato/a a _____ il ____/____/_____

residente a _____ CAP _____

Via/P.zza _____ n. _____

Tel. e cellulare _____ e.mail _____

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

presso _____ per n. _____ ore settimanali,

nella branca di _____, a decorrere dal _____/_____/_____

B) data e voto di specializzazione _____

data e voto di laurea _____

C) 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 agli artt. 21 e 22 ACN 3/03/2020.

Dichiara infine la disponibilità a rimuovere eventuali incompatibilità rilevate.

Firenze, _____ Firma _____

(*) da compilare esclusivamente nel caso di pubblicazione di più turni vacanti senza richiesta di selezione per particolari capacità professionali