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 TEMPO DETERMINATO/TEMPO INDETERMINATO _____

AMBITO/I TERRITORIALE/I _____ **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 vigente.

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