SOC ORGANIZZAZIONE MEDICINA A CICLO DI FIDUCIA
Specialistica Ambulatoriale Interna
Via San Salvi 12, Villa Fabbri - 50135 Firenze
E-mail specialistiambulatoriali@uslcentro.toscana

BOLLO

€ 16,00

Oggetto**:** **Dichiarazione disponibilità per turni vacanti senza selezione**

Turno tempo determinato/tempo indeterminato _____

Ambito/i territoriale/i _____ **branca specialistica** _____ **ore settimanali** _____

Io 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 _____

DICHIARO

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

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

Dichiaro 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.

Dichiaro 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