

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

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) da compilare solo nel caso abbia in atto uno dei seguenti incarichi (barrare la scelta)

☐ specialista ambulatoriale a tempo indeterminato convenzionato ai sensi dell'ACN vigente

presso _____ dal _____

☐ titolare a tempo indeterminato presso INAIL e SASN

☐ titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa

☐ medico di medicina generale

☐ medico pediatra di libera scelta

☐ medico dipendente del SSN

☐ dipendente/dirigente medico

☐ attività libera professione

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) Turno branca _____ ore settimanali _____ delibera n. _____

Ambito/i (barrare le opzioni) ☐ Aziendale ☐ Empoli ☐ Firenze ☐ Pistoia ☐ Prato

2) Turno branca _____ ore settimanali _____ delibera n. _____

Ambito/i (barrare le opzioni) ☐ Aziendale ☐ Empoli ☐ Firenze ☐ Pistoia ☐ Prato

3) Turno branca _____ ore settimanali _____ delibera n. _____

Ambito/i (barrare le opzioni) ☐ Aziendale ☐ Empoli ☐ Firenze ☐ Pistoia ☐ Prato

4) Turno branca _____ ore settimanali _____ delibera n. _____

Ambito/i (barrare le opzioni) ☐ Aziendale ☐ Empoli ☐ Firenze ☐ Pistoia ☐ Prato

5) Turno branca _____ ore settimanali _____ delibera n. _____

Ambito/i (barrare le opzioni) ☐ Aziendale ☐ Empoli ☐ Firenze ☐ Pistoia ☐ Prato

Firenze, _____

Firma _____

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