



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**  
**EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

Dipartimento Amministrativo  
U. O. Direzione Amministrativa Rete Territoriale

Il direttore

### Dichiarazione di disponibilità incarico .

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_

### **d i c h i a r a**

la propria disponibilità per l'incarico, come da comunicazione nota prot.

n. \_\_\_\_\_, nella sede di

\_\_\_\_\_ e per numero \_\_\_\_\_ ore settimanali e di

essere a conoscenza delle norme di cui all'AIR (DGR 1398/2006),.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del medico)

**Il responsabile del procedimento**  
File:

**Direzione Amministrativa Rete Territoriale – Il Direttore**  
Piazzale Milano, 2 – 29121 Piacenza  
T. +39.0523.317604 – F. +39.0523.317605  
e.mail : [segreteria@ausl.pc.it](mailto:segreteria@ausl.pc.it) – [www.ausl.pc.it](http://www.ausl.pc.it)

**Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza**  
Sede legale: Via Antonio Anguissola, 15 – 29121 Piacenza  
T. +39.0523.301111 - F. +39.0523.398775  
Codice fiscale 91002500337