All’Azienda USL di Piacenza

UOC Gestione Risorse Umane Aziendali

**contatinfo@pec.ausl.pc.it**

OGGETTO: dichiarazione di disponibilità per attività nell’ambito del “Progetto Sperimentale di integrazione Ospedale Territorio presso lo stabilimento ospedaliero di Bobbio”

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## dichiara

la propria disponibilità per un incarico a tempo determinato di Assistenza primaria a ciclo orario nell’ambito del “Progetto Sperimentale di integrazione Ospedale Territorio presso lo stabilimento ospedaliero di Bobbio”

A tal fine dichiara la propria disponibilità dal (*barrare la casella interessata*):

* GIUGNO 2023
* LUGLIO 2023

Dichiara inoltre (*barrare la casella interessata*):

**□** di essere medico titolare di **incarico a tempo indeterminato** di assistenza primaria a ciclo orario presso l’Azienda USL di Piacenza dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ voto di laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data di Laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**□** di essere medico titolare di **incarico provvisorio** di assistenza primaria a ciclo orario presso l’Azienda USL di Piacenza dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ voto di laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data di Laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**□** di essere medico titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria a ciclo di scelta con numero di scelte in carico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□** di essere medico iscritto nella graduatoria aziendale per incarichi a tempo determinato di medico di ruolo unico di Assistenza Primaria

**□** di essere medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale voto di laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di Laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**□**di essere medico abilitato ed iscritto all’Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ voto di laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data di Laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del medico