All’Azienda USL di Piacenza

UOC Gestione risorse umane aziendali

[**contatinfo@pec.ausl.pc.it**](mailto:contatinfo@pec.ausl.pc.it)

OGGETTO: dichiarazione di disponibilità per l'attività presso l’ambulatorio di Medicina Generale per la Continuità Assistenziale presso il P.O. di Piacenza

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in riferimento all’avviso prot. n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

## dichiara

la propria disponibilità per un incarico a tempo determinato di Assistenza primaria a ciclo orario per attività presso l’ambulatorio di medicina generale per la continuità assistenziale del PO di Piacenza

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 iscritto nella graduatoria aziendale per incarichi a tempo determinato di medico di ruolo unico di Assistenza Primaria .

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

**□** 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