

All'Azienda USL di Piacenza
UOC Gestione risorse umane aziendali
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*):

- agosto 2023
- settembre 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