

AL Legale Rappresentante  
dell'ASP TRAPANI per il tramite del Distretto Sanitario di \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA'

Il Il/La sottoscritto/a (*cognome*) \_\_\_\_\_ (*nome*) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

mobile \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

con incarico di Medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta presso Ambito Territoriale di \_\_\_\_\_

con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_

DICHIARA

di dare la propria disponibilità per ricoprire l'incarico di "ore straordinarie" di:

- Continuità Assistenziale e/o
- turni di disponibilità per "incarichi estemporanei"

presso presidio Continuità Assistenziale all'interno del Distretto di appartenenza.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_