

All'A.S.P. di Trapani  
U.O.C. Gestione Amministrativa Attività Convenzionate  
pec: [gestione.amministrativa.territoriale@pec.asptrapani.it](mailto:gestione.amministrativa.territoriale@pec.asptrapani.it)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa .....  
nato/a il ..... a ..... (Prov. ....) e  
residente a ..... (Prov. ....)  
in via ..... n. .... CAP .....  
cellulare ..... mail .....  
PEC .....  
specialista nella branca di .....

**comunica la propria disponibilità**

ad accettare l'incarico di sostituzione ai sensi dell'art.36 del vigente A.C.N. del 04/04/2024 nella **branca di neurologia**, con la seguente articolazione oraria e distrettuale:

| DISTRETTO/PRESIDIO                   | Giornata  | Orario      | Totale ore  |
|--------------------------------------|-----------|-------------|-------------|
| <b>Distretto di Mazara del Vallo</b> | Mercoledì | 09.00-13.00 | <b>4.00</b> |
|                                      |           | 13.30-16.30 | <b>3.00</b> |

NOTE

.....  
.....  
.....

Si allega documento di riconoscimento in corso di validità

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_