

All'A.S.P. di Trapani  
U.O.C. Gestione Amministrativa Attività Convenzionate  
pec: **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 05/02/2026 nella branca di  
fisiocinesiterapia,

per l'intero monte orario pari a n. 38.00 ore settimanali;

ovvero

per n..... ore settimanali relative ai seguenti turni:

- Distretto di ..... Giorno ..... Orario .....
- Distretto di ..... Giorno ..... Orario .....
- Distretto di ..... Giorno ..... Orario .....
- Distretto di ..... Giorno ..... Orario .....
- Distretto di ..... Giorno ..... Orario .....
- Distretto di ..... Giorno ..... Orario .....

NOTE

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

Si allega copia (fronte/retro) del documento di identità in corso di validità.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_