

**ALL' AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI VITERBO
POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE
SETTORE MEDICINA CONVENZIONATA**

**Via Enrico Fermi, 15
01100 Viterbo**

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' PER CONFERIMENTO INCARICHI A TEMPO DETERMINATO
NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE ANNO 2018

Il/La sottoscritto/a Dr. _____ nat_ a _____

il _____ C.F. _____ residente a

_____ prov. _____ Via _____ n. _____

CAP _____ tel. _____ cell. _____

PEC (Obbligatoria) _____ email _____

CHIEDE

di essere inserit_ nella graduatoria aziendale di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato (sostituzioni e incarichi provvisori) di 24 ore settimanali, nel Servizio di Continuità Assistenziale.

A TAL FINE DICHIARA

di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____/_____

e abilitato all'esercizio professionale il _____ a _____

di essere attualmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____

al n. _____ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico

di essere inserito nella graduatoria unica regionale definitiva di Continuità Assistenziale anno 2018, pubblicata sul BUR Lazio n.104 del 28.12.2017 nella posizione _____ con punti _____ (punto A dell'Avviso pubblicato);

di non essere iscritto nella graduatoria regionale di Continuità Assistenziale ma di essere in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale, rilasciato in data _____ dalla _____ (punto B dell'Avviso pubblicato);

di non essere iscritto nella graduatoria regionale di Continuità Assistenziale, di non essere in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale e di essere abilitato all'esercizio professionale successivamente al 31 dicembre 1994 (punto C dell'Avviso pubblicato);

di essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale o alla scuola di specializzazione presso _____ dal _____ (punto D dell'Avviso pubblicato)

Lo/la scrivente si impegna a comunicare alla AUSL VITERBO, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione intervenga sulle notizie fornite con la presente dichiarazione.

luogo _____

data _____

firma _____