

Si sottolinea che, pena l'esclusione, la domanda dovrà essere presentata con Raccomodata AR o Posta Elettronica certificata (PEC) **durante il periodo di pubblicazione degli incarichi.**

**All'ASST della Valtellina e Alto Lario**  
**Sede del Comitato Zonale di Sondrio**  
**Via Stelvio 25 - 23100 Sondrio**

**Oggetto: Domanda conferimento incarico vacante nel \_\_\_\_\_ trimestre**

**Branca di \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_,

recapito telefonico \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

Posta Elettronica Certificata (PEC) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ fiscale \_\_\_\_\_ (compilare se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

In qualità di

MEDICO SPECIALISTA AMBULATORIALE nella branca di \_\_\_\_\_

ODONTOIATRA

PROFESSIONISTA (biologo, chimico, psicologo/psicoterapeuta) \_\_\_\_\_

- In possesso del diploma di laurea (DL) o laurea specialistica (LS) in \_\_\_\_\_ conseguita c/o l'Università di \_\_\_\_\_
- In possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ c/o l'Università di \_\_\_\_\_
- ISCRITTO/A ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ODONTOIATRI/PROFESSIONISTI (biologi, chimici e psicologi) di \_\_\_\_\_

**TITOLARE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO dal \_\_\_\_\_ a tutt'oggi**

**Oppure \_\_\_\_\_ indicare una delle fattispecie di cui all'art. 21-comma 2 dalla lett. a) alla lett. j) )**

In relazione alla pubblicazione degli incarichi vacanti di questo trimestre

**DICHIARA**

La propria disponibilità all'incarico in oggetto:

ASST di \_\_\_\_\_ c/o Ambulatorio di \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

ASST di \_\_\_\_\_ c/o Ambulatorio di \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

ASST di \_\_\_\_\_ c/o Ambulatorio di \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

ASST di \_\_\_\_\_ c/o Ambulatorio di \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

INAIL di \_\_\_\_\_ c/o Ambulatorio di \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

A tal fine comunica di essere già titolare di incarico presso:

ASST di \_\_\_\_\_ c/o Ambulatorio di \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

ASST di \_\_\_\_\_ c/o Ambulatorio di \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

ASST di \_\_\_\_\_ c/o Ambulatorio di \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

ASST di \_\_\_\_\_ c/o Ambulatorio di \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

INAIL di \_\_\_\_\_ c/o Ambulatorio di \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Qualora le ore assegnate dovessero superare il tetto massimo consentito, il sottoscritto, dichiara di rinunciare al seguente incarico:

ASST di \_\_\_\_\_ c/o Ambulatorio di \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

ASST di \_\_\_\_\_ c/o Ambulatorio di \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

ASST di \_\_\_\_\_ c/o Ambulatorio di \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

ASST di \_\_\_\_\_ c/o Ambulatorio di \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

INAIL di \_\_\_\_\_ c/o Ambulatorio di \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

A tal fine comunica di essere già titolare di incarico presso:

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

indirizzo PEC  - la propria residenza  - Il domicilio fiscale

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Firma per esteso)

Allegare fotocopia documento d'identità (in caso di spedizione)