

**Direzione Attività Cliniche del Territorio (D.A.C.T.)**

Direttore f.f.: dr.ssa Anna Francesca Panzeri

Telefono 031.585.8479 / 8480 - Fax 031.585.8643

specialistiambulatoriali@asst-lariana.it

specialistiambulatoriali@pec.asst-lariana.it

Bollo di € 16,00,
da incollare e
annullare.

PEC: specialistiambulatoriali@pec.asst-lariana.it**OGGETTO:** Dichiarazione di **disponibilità a ricoprire INCARICO (art. 20, ACN 31.3.2020 ss.mm.)** per il:**PERIODO** _____ (indicare trimestre e anno)**BRANCA** _____

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

Tel. _____ cell. _____ e-mail PEC _____

DICHIARA**(BARRARE SOLO LE CASELLE INTERESSATE)**

La propria disponibilità a ricoprire il seguente incarico a tempo:

 INDETERMINATO **DETERMINATO** **PROVVISORIO**

presso ASST: _____ per n. ore settimanali: _____

Di essere: **PRESENTE** o **NON PRESENTE** nella graduatoria della specialistica ambulatoriale
valevole per l'anno corrente.**Solo** nel caso si sia titolare di incarico a tempo indeterminato in **Regione non confinante** specificare che: si effettua richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità; **OPPURE:** **non** si effettua richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità;

Il/la sottoscritto/a acclude autocertificazione informativa (allegato B) predisposta da questa Azienda, relativa ai requisiti posseduti con copia di documento d'identità.

Luogo e data _____ Firma _____