

DICHIARAZIONE DISPONIBILITÀ INCARICO DI SOSTITUZIONE

**S.C. Medicina Convenzionata
ASL N. 1 SASSARI**

sc.medicinaconvenzionata@pec.atssardegna.it

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____
Il _____ residente a _____
via _____ telef. _____
mail _____ PEC _____
Medico Specialista nella Branchia di _____

DICHIARA

La propria disponibilità all' accettazione dell'incarico di sostituzione di n° _____ ore settimanali, nella Branchia di _____, da espletarsi ai sensi dell'art. 36 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali di cui all'avviso pubblicato in data 28/04/2022:

- 1) nel Distretto di Ozieri c/o il Poliambulatorio di Ozieri per n° _____ ore settimanali.

Con la presente si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.lgs. 196/2003

NOTE:

Il sottoscritto/a dichiara di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità contemplate dall'art. 27 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali del 31.03.2020.

La dichiarazione (debitamente sottoscritta) deve essere presentata unitamente all'allegata autocertificazione e alla copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, se la sottoscrizione non è stata effettuata in presenza del dipendente addetto (art. 38 DPR 445/2000).

data

firma
