



S.C. Medicina Convenzionata ARES Sardegna
ASL n. 3 di Nuoro
medconvenzionata.aslnuoro@pec.aressardegna.it

<p>_I_ sottoscritt _____, nat_ il ____/____/____/ a _____</p> <p>Residente in _____ via/Piazza _____ n° _____</p> <p>Tel/Cell. _____ PEC _____</p> <p>Medico Specialista Ambulatoriale - Branca ORL</p>

DICHIARA

la propria disponibilità per l'accettazione dell'incarico di sostituzione di n° _____ ore settimanali,
come specialista ambulatoriale nella Branca di ORL da espletarsi, ai sensi dell'art.36 dell'ACN - 2020
presso la ASL n.3 Nuoro - Poliambulatori di Nuoro, Siniscola e Orosei.

Data

Firma

Con la presente si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.lgs. 196/2003 N.B. La dichiarazione debitamente sottoscritta deve essere presentata unitamente alla copia del 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). Ai sensi e per gli effetti della L 12 novembre 2011, n. 183 agli uffici pubblici è vietato rilasciare certificati contenenti fatti, stati e qualità personali da esibire ad altre pubbliche amministrazioni o a privati gestori di pubblico servizio.

Data

Firma