

➤ PEC all'indirizzo: asufc@certsanita.fvg.it

Spett.le
Struttura Operativa Complessa
Politiche del Territorio
Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
Via Pozzuolo, 330
33100 UDINE

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____

nato a _____ il _____

residente a _____ C.A.P. _____

(prov. di _____) Piazza/Via _____ n. _____

recapiti telefonico _____

indirizzo di Posta Elettronica _____

PEC: _____

presa visione dell'AVVISO Prot. n. _____ del _____

comunica la propria disponibilità all'assegnazione dell'incarico provvisorio

➤ **OCULISTICA N. 05.00 ORE SETTIMANALI**

sede: **Distretto Sanitario della Carnia - Tolmezzo**
decorrenza: **01.05.2021** e comunque da concordare con il Direttore del Distretto Sanitario interessato
impegno orario: n. 05.00 ore settimanali di attività
accesso: da concordare con il Direttore del Distretto Sanitario interessato
orario: da concordare con il Direttore del Distretto Sanitario interessato.

➤ **OCULISTICA N. 05.30 ORE SETTIMANALI**

sede: **Centro Territoriale di Manzano del Distretto Sanitario di Cividale del Friuli**
decorrenza: **04.05.2021**
impegno orario: n. 05.30 ore settimanali di attività
accesso: martedì
orario: 08.00 – 13.30

Allega alla presente:

- a) modulo compilato dell'autocertificazione informativa;**
- b) copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.**

Luogo

data

Firma per esteso in originale
(leggibile)

N.B.

ALLEGARE copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.