* PEC all’indirizzo: [**asufc@certsanita.fvg.it**](mailto: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. \_\_\_\_

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

indirizzo di Posta Elettronica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presa visione dell’AVVISO Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

comunica la propria disponibilità all’assegnazione dell’incarico di sostituzione nella branca di Dermatologia:

* **DISTRETTO SANITARIO OVEST**

Decorrenza dal 01.07.2022 al 31.08.2022 per n. 21.30 ore complessive di attività:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lunedì | 09.00 – 13.30 | Sede del Poliambulatorio di Cervignano |
| martedì | 08.20 – 14.20 | Sede del Poliambulatorio di Cervignano |
| mercoledì | 08.30 – 14.00 | Sede del Poliambulatorio di Cervignano |
| venerdì | 08.30 – 14.00 | Sede del Poliambulatorio di San Giorgio di Nogaro |

**Luogo data** **Firma per esteso in originale**

***(leggibile)***

**N.B. ALLEGARE:**

1. **copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.**

**IN ALTERNATIVA è possibile inviare il modulo con firma digitale senza allegare il documento d’identità**

1. **Autocertificazione informativa debitamente compilata.**