Spett.le
Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale
SOC Relazioni sindacali e applicazioni contrattuali
asufc@certsanita.fvg.it

Il/La sottoscritto/a _____
nat ___ a _____ il _____
residente a _____ in via/piazza _____ n. ____
recapito telefonico (fisso e/o cellulare) n. _____
PEC _____ e-mail _____

- iscritto nella graduatoria aziendale MAP 2024 dell'ASU FC
- iscritto nella graduatoria regionale FVG MAP 2025
- titolare del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (ex CA) dell'ASU FC
- frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale trienni 2021-2024 / 2022-2025 / 2023-2026 / 2024-2027
- medico inserito nella lista aziendale delle disponibilità per sostituzioni MAP

DICHIARA

di essere disponibile al conferimento dell'incarico a tempo determinato quale medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e rapporto orario per l'ambito territoriale e la decorrenza sotto indicati:

- **Distretto sociosanitario della Riviera Bassa Friulana**
Ambito territoriale dei Comuni di Palazzolo dello Stella, Pocenia, Precenicco, Rivignano Teor, **con decorrenza immediata.**

Allega copia non autenticata del documento d'identità in corso di validità.

(luogo, data)

(firma)