

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/a nella graduatoria aziendale dei pediatri di libera scelta al n. _____
- ☐ iscritto/a nella graduatoria regionale dei pediatri di libera scelta al n. _____
- ☐ pediatra inserito nella lista aziendale delle disponibilità per sostituzioni di pediatri di libera scelta

DICHIARA

di essere disponibile all'eventuale conferimento di un incarico provvisorio quale pediatra di libera scelta per l'ambito territoriale sotto indicato:

- ☐ Distretto sociosanitario dell'Agro Aquileiese
Ambito territoriale comprendente i comuni di Cervignano del Friuli, Aquileia, Fiumicello Villa Vicentina, Terzo d'Aquileia, Ruda, con decorrenza dall'1.08.2025.

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

(luogo, data)

(firma)