AVVISO PER IL CONFERIMENTODI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO, IN AUMENTO ORARIO, DI MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Spett.le

Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale

SOC Relazioni sindacali e applicazioni contrattuali

Via Pozzuolo, 330

33100 UDINE

asufc@certsanita.fvg.it

Il/la sottoscritto/a medico specialista ambulatoriale convenzionato nella branca di , con incarico a tempo indeterminato presso codesta Azienda, presa visione dell’avviso n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del

**COMUNICA**

* la propria disponibilità al completamento orario, con l’assegnazione di:
* n. ore branca di

presso il distretto sociosanitario

sede di

* n. ore branca di

presso il distretto sociosanitario

sede di

* la propria indisponibilità al completamento dell’orario proposto[[1]](#footnote-1):

Il/La sottoscritto/a comunica, impegnandosi ad aggiornare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire in seguito, i recapiti a cui far pervenire ogni necessaria comunicazione relativa alla presente manifestazione d’interesse:

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono cellulare n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega alla presente copia semplice di un documento d’identità[[2]](#footnote-2).

|  |  |
| --- | --- |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(luogo, data)* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(firma)* |

1. Precisare eventuali motivazioni ostative all’incremento orario [↑](#footnote-ref-1)
2. In alternativa è possibile inviare il modulo firmato digitalmente [↑](#footnote-ref-2)