* 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. \_\_\_\_

recapiti telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

comunica la propria disponibilità all’assegnazione dell’incarico di sostituzione

* **DISTRETTO SANITARIO DI CIVIDALE DEL FRIULI**

Decorrenza dal 02.05.2022 al 02.11.2022 per n. 28 ore complessive di attività:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| lunedì | CIVIDALE | 08:00 | 13:00 | 13:30 17:00 Totale 08:30 |
| martedì | MANZANO |  |  | 14:30 17:30 Totale 03:00 |
| mercoledì | MANZANO | 08:00 | 13:00 | 13:30 16:30 Totale 08:00 |
| giovedì | CIVIDALE | 08:00 | 13:00 | 13:30 17:00 Totale 08:30 |

* **DISTRETTO SANITARIO DI TARCENTO**

Decorrenza dal 02.05.2022 al 02.11.2022 per n. 10 ore complessive di attività:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| martedì | TARCENTO | 08:00 | 13:00 | Totale 5:00 |
| venerdì | TARCENTO | 08:00 | 13:00 | Totale 5:00 |

**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.**