

DOMANDA INCARICO TEMPORANEO DI ATTIVITÀ ORARIA PROGRAMMATTA

Il/la sottoscritto/a _____

nat_ a _____ il _____ residente in _____

Via/piazza _____ telefono _____

indirizzo e-mail _____

con la presente chiedo il conferimento di uno dei seguenti incarichi, riportati secondo l'ordine di preferenza, di cui alla consultazione promossa da codesta Azienda in data _____.

Sono a conoscenza che, qualora mi trovi nella necessità di interrompere l'incarico prima della scadenza del termine, le mie dimissioni saranno accolte dal 1° giorno del secondo mese successivo dalla presentazione delle stesse, assumendo sin d'ora ogni responsabilità per eventuali disservizi che potessero derivare in conseguenza del mancato rispetto di tale preavviso.

	TIPO DI ATTIVITÀ	ORE SETTIMANALI	PRESIDIO	PERIODO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

DICHIARO inoltre di essere titolare esclusivamente del seguente incarico (contrassegnare le voci che interessano, e compilare i relativi spazi vuoti), e di non svolgere altra attività, anche se compatibile, presso soggetti pubblici o privati:

- Iscritt___ negli elenchi dei medici di assistenza primaria del comune di _____ con n. _____ scelte;
- Incaricat___ a tempo indeterminato come medico di continuità assistenziale presso l' Azienda di _____ per n. _____ ore settimanali.
- Incaricat___ a tempo indeterminato per la medicina dei servizi c/o l'ASL _____ per n. _____ ore settimanali.
- Incaricat___ a tempo indeterminato per il servizio di guardia turistica c/o l'ASL _____ per n. _____ ore settimanali.
- Di essere inserit___ nella graduatoria regionale valida per l'anno 2_____ alla posizione n. _____
Ovvero di essere in possesso dei requisiti necessari (data laurea _____ voto _____)

DICHIARO di avere già effettuato incarichi nei mesi precedenti: SI [] NO []

Data, _____

_____ firma

TESTO DELLA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 47 D.P.R. 445/00)

La presente dichiarazione personale deve essere sottoscritta esclusivamente in caso di effettivo conferimento di un incarico temporaneo presso l'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO.

Il/la sottoscritto/a _____

nat_ a _____ il _____

dichiaro di accettare l'incarico temporaneo di:

conferitomi dalla Azienda Sanitaria di Firenze

con decorrenza _____ / _____ / _____ e termine presunto _____ / _____ / _____

incarico da svolgere presso il presidio _____

Sono consapevole che l'incarico conferito **non** è cedibile ad altro medico.

Dichiaro, infine, sotto la mia personale responsabilità civile e penale, che quanto a retro dichiarato corrisponde al vero.

Mi impegno, infine, a comunicare all'Azienda Sanitaria eventuali variazioni a quanto sopra dichiarato.

Firenze, _____

Firma del dichiarante

Accertata identità del dichiarante mediante:

[] Conoscenza personale

[] Esibizione del documento: _____ rilasciato da _____

in data _____ con il numero _____

Firma del funzionario