ALLA ASL ROMA 5

UOC GESTIONEDEL PERSONALE

VIA ACQUAREGNA, 1

00019 TIVOLI

PEC personale.convenzione@pec.aslromag.it

Oggetto: Domanda per conferimento incarico tempo indeterminato nell’attività

 di Medicina dei Servizi Territoriali

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………….nato/a ……………………………...

Il ……………………… e residente in ………………………….. Via ………………………………………………………………………, n° ……

Tel…………………………. Cell………………………….in risposta all’Avviso della ASL RM 5 per il conferimento di

incarico a tempo indeterminato nella Medicina dei Servizi Territoriali prot. N° ……………… del …………………….

C H I E D E

Di partecipare al suddetto Avviso dichiarandosi disponibile a ricoprire il/i seguente/i turno/i indicandone la disponibilità

1. …………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………
4. …………………………………………………………………
5. ………………………………………………………………..

A tal fine dichiara, ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci

Di essere titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato nell’attività di Medicina di Base, Continuità Assistenziale e/o Medicina dei Servizi Territoriali presso:

Medicina di Base presso ASL …………………………………………………………. Con n°………………………….. di scelte

Continuità Assistenziale presso ASL ……………………………………………………incarico per n° ……… ore settimanali

Medicina dei Servizi Territoriali ASL …………………………………………………….,. per n° …………ore settimanali

Il sottoscritto dà il proprio assenso al trattamento dei dati personali, che verranno utilizzati per i fini connessi all’espletamento della presente procedura selettiva

Data…………………………………… FIRMA

 ………………………………………………………………….