

OGGETTO: Domanda per aumento di orario nella Medicina dei Servizi Territoriali . Avviso interno n. _____ del _____

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato/a a _____
 il _____ CF _____ e residente in _____
 Via _____ tel. _____ cell. _____ email _____
 _____, in risposta all'Avviso n. _____ del _____ della ASL Roma 5 per la copertura dei turni vacanti nella medicina dei servizi territoriali

CHIEDE

Di partecipare al suddetto Avviso, dichiarandosi disponibile a coprire il seguente turno ivi indicato

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

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

1. Di aver preso visione dell'avviso e di svolgere le attività richieste
2. di essere titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato per la ASL Roma 5 per la medicina dei servizi senza soluzione di continuità dalla data del _____ per un
 -numero di ore pari a _____ nel Distretto di _____ articolazione oraria _____
 -numero di ore pari a _____ nel Distretto di _____ articolazione oraria _____
3. di essere titolare dei seguenti ulteriori rapporti convenzionali:
 Medicina di Base presso ASL con n° di scelte
 Continuità Assistenziale presso ASLincarico per n° ore settimanali
 Medicina dei Servizi Territoriali ASL per n°ore settimanali
4. Di essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di _____ con votazione _____ in data _____

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

Data _____

Firma