

Si sottolinea che, pena l'esclusione, la domanda dovrà essere presentata con Raccomodata AR o Posta Elettronica certificata (PEC) **durante il periodo di pubblicazione degli incarichi.**

All'ASST della Valtellina e Alto Lario
Sede del Comitato Zonale di Sondrio
Via Stelvio 25 - 23100 Sondrio

Oggetto: Domanda conferimento incarico vacante nel _____ trimestre

Branca di _____

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____

Nato/a a _____ il _____

CF _____ residente a _____ (prov. _____)

in via _____ cap _____,

recapito telefonico _____

email _____

Posta Elettronica Certificata (PEC) _____

Domicilio _____ fiscale _____ (compilare se diverso da residenza) _____

In qualità di

MEDICO SPECIALISTA AMBULATORIALE nella branca di _____

ODONTOIATRA

PROFESSIONISTA (biologo, chimico, psicologo/psicoterapeuta) _____

- In possesso del diploma di laurea (DL) o laurea specialistica (LS) in _____ conseguita c/o l'Università di _____
- In possesso della specializzazione in _____ conseguita il _____ c/o l'Università di _____
- ISCRITTO/A ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ODONTOIATRI/PROFESSIONISTI (biologi, chimici e psicologi) di _____

TITOLARE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO dal _____ a tutt'oggi

Oppure _____ indicare una delle fattispecie di cui all'art. 21-comma 2 dalla lett. a) alla lett. j))

In relazione alla pubblicazione degli incarichi vacanti di questo trimestre

DICHIARA

La propria disponibilità all'incarico in oggetto:

ASST di _____ c/o Ambulatorio di _____ h _____

ASST di _____ c/o Ambulatorio di _____ h _____

ASST di _____ c/o Ambulatorio di _____ h _____

ASST di _____ c/o Ambulatorio di _____ h _____

INAIL di _____ c/o Ambulatorio di _____ h _____

A tal fine comunica di essere già titolare di incarico presso:

ASST di _____ c/o Ambulatorio di _____ h _____

ASST di _____ c/o Ambulatorio di _____ h _____

ASST di _____ c/o Ambulatorio di _____ h _____

ASST di _____ c/o Ambulatorio di _____ h _____

INAIL di _____ c/o Ambulatorio di _____ h _____

Qualora le ore assegnate dovessero superare il tetto massimo consentito, il sottoscritto, dichiara di rinunciare al seguente incarico:

ASST di _____ c/o Ambulatorio di _____ h _____

ASST di _____ c/o Ambulatorio di _____ h _____

ASST di _____ c/o Ambulatorio di _____ h _____

ASST di _____ c/o Ambulatorio di _____ h _____

INAIL di _____ c/o Ambulatorio di _____ h _____

A tal fine comunica di essere già titolare di incarico presso:

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

indirizzo PEC - la propria residenza - Il domicilio fiscale

_____ , _____

(Firma per esteso)

Allegare fotocopia documento d'identità (in caso di spedizione)