

Al Presidente del Comitato Consultivo Zonale
Per la Medicina Specialistica Ambulatoriale
c/o Azienda USL n. 5 di Oristano
Via Carducci, 35
09170 ORISTANO (OR)

OGGETTO : Comunicazione - accettazione priorità ore pubblicate
trimestre _____ Anno _____

Il/La sottoscritto/a Dottor/Dott.ssa _____

Nato/a _____ il _____,

visto l'ordine di priorità per l'attribuzione delle ore vacanti pubblicate nel
_____ trimestre dell'anno _____ per la branca di
_____, con la presente comunica la disponibilità
all'accettazione dell'incarico e contestualmente trasmette l'autocertificazione informativa,
richiesta a pena di esclusione dall'art. 23, comma 4 dell'ACN.

La Sottoscritta è, inoltre, a conoscenza che l'eventuale formalizzazione dell'incarico
avverrà con successiva comunicazione come previsto dall'ACN sopra citato.

A tal fine chiede che qualsiasi comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Città _____, c. a. p. _____

Via _____

Tel _____

E. mail _____

Data _____

Firma per esteso _____

La presente comunicazione dovrà essere trasmessa con una delle seguenti modalità:

Raccomandata A.R. a tal fine fa fede il timbro postale.

Pec al protocollo dell'Azienda ASL n. 5 al seguente indirizzo: protocollo@pec.asloristano.it

Consegna a mano alla sede della ASL 5 all'indirizzo sopra indicato;