**FAC SIMILE** Al Direttore Generale ASL FG

 Unità Operativa Convenzioni

 Pec: comitatozonalefoggia@mailcert.aslfg.it

Il sottoscritto dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (obbligatoria)

specialista ambulatoriale interno a tempo indeterminato nella ASL FG,

CHIEDE

ai sensi dell’art. 30 coma 2 del vigente ACN per la specialistica ambulatoriale ed Accordi Integrativi Regionali vigenti ed in esecuzione della delibera n. 1389 del 22/09/2021, di poter partecipare all’avviso interno per il conferimento dell’incarico di Coordinatore nella branca di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali in caso di false dichiarazioni dichiara:

1. Di essere specialista ambulatoriale titolare a tempo indeterminato nella branca di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con anzianità presso l’ ASL FG dal: giorno \_\_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_\_\_;

1. Di essere titolare per n. \_\_\_\_\_\_ ore settimanali di incarico;
2. Di effettuare n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ accessi settimanali.

Allega alla presente:

Curriculum formativo e professionale;

Fotocopia documento d’identità personale in corso di validità

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_