

Bollo  
€ 16,00

Al Direttore Generale dell'ASL Salerno  
[assistenza primaria@pec.aslsalerno.it](mailto:assistenza primaria@pec.aslsalerno.it)

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
e residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
al/alla Via/Corso/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_ Telefono fisso \_\_\_\_\_  
laureato/a in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_/110 presso l'Università  
degli Studi di \_\_\_\_\_, abilitato all'esercizio della professione medica nell'anno \_\_\_\_\_,  
iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
con numero iscrizione \_\_\_\_\_,

COMUNICA

la propria disponibilità all'eventuale conferimento di incarico a tempo determinato per la Guardia Medica Turistica nel periodo luglio agosto 2024.

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i. e consapevole della decadenza dai benefici, prevista dall'art. 75, e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76, per chi attesta il falso, rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso dichiara sotto la propria responsabilità:

- che quanto sopra riportato corrisponde al vero;
- che comunicherà all'A.S.L. Salerno ogni intervenuta incompatibilità.

Inoltre, dichiara di essere consapevole che le convocazioni e/o le comunicazioni per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o affidamento di sostituzione saranno inviate esclusivamente per Posta Elettronica Certificata all'indirizzo dal quale è stata inviata la domanda.

Autorizza, infine, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per tutte le finalità istituzionali, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e s.m.i..

Si allega copia della \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)