

Bollo
€ 16,00

Al Direttore Generale dell'ASL Salerno
assistenzaprimaria@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 il servizio di Guardia Medica Turistica nel periodo luglio, agosto e settembre 2024 presso il Presidio di Piazza Santini del Comune di Capaccio-Paestum.

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)