|  |  |
| --- | --- |
| LOGO ASL 2011 DEFINITIVO 2.jpg | **REGIONE CAMPANIA**AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINOwww.aslavellino.it |

**U.O. C. Cure Primarie**

*Direttore ad interim*

*Dr.ssa Maria Rosaria Troisi*

**e-mail:uoccureprimarie@aslavellino.it**

Il/La sottoscritt…… Dr./Dr.ssa………………………………………………………………...

nat….. il…………………………e residente a ………………………………………………….

in via…………………………………………………………………………, n° ……………….

cod. fiscale ……………………………………………………..

accetta l’incarico di Medico Continuità Assistenziale per l’Istituto Penitenziario

di …………………………………. e s’impegna a svolgere i turni come disposti dal Medico

referente d’Istituto, articolati sulle 24 ore:

* Mattina 08,00 – 14,00
* Pomeriggo 14,00 – 20,00
* Notte 20,00 – 08,00

Avellino, Il Dr./Dr.ssa

 ………………………………………………….