|  |  |
| --- | --- |
| 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 sottoscritto dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **Incluso nella vigente graduatoria regionale**
* **non Incluso nella vigente graduatoria regionale**
* **ACCETTA**
* **RINUNCIA**

**L’INCARICO PROVVISORIO A TEMPO DETERMINATO di Continuità Assistenziale**

**A completamento per massimo 60 ore mensili da espletare presso il Presidio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AMBITO TERRITORIALE DEL Distretto Sanitario di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Il presente incarico è disciplinato dal vigente ACN per la regolamentazione dei rapporti con i medici di Medicina Generale, sottoscritto in data 27.05.2009, nonchè dal vigente Accordo Integrativo Regionale pubblicato con Decreto n. 87 del 24.04.2013.

Con la presente accettazione il sottoscritto si impegna, pena cancellazione dalla graduatoria aziendale, **ad utilizzare il budget per la rilevazione delle presenze**

**Si allega:**

* **dichiarazione di incompatibilità**
* **copia documento di riconoscimento in corso di validità**

Avellino, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il dichiarante