REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

U.O. C. Cure Primarie
Direttore f.f.
Dr.ssa Immacolata Giusto
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**
- ☐ **L' INCARICO PROVVISORIO DI SOSTITUZIONE**

per 24 ore settimanali più 4 ore aggiuntive da espletare

presso il Presidio di _____ **dal** _____ **al**_____

ambito territoriale del **Distretto Sanitario** di _____

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