

Allegato "A"

Oggetto: **Avviso interno per manifestare la disponibilità a partecipare al
PNES
Area di intervento
"Contrastare la povertà sanitaria"**

**Progetto IN.4k.1_02 Costituzione delle equipe multidisciplinare per attività clinica
CUP C79I24000710006**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ Matr.
_____ nato a _____ il _____ codice fiscale _____, dirigente
medico di _____ (specificare la branca specialistica) con contratto di lavoro
subordinato a tempo indeterminato con l'Asp di Agrigento a far data dal _____, in
servizio presso:

- l'UOC _____ del
P.O. _____ di _____
- Poliambulatorio di _____

Recapito pec _____ telefono _____

DICHIARA

di essere disponibile ad effettuare orario supplementare per lo svolgimento di attività specialistica nell'ambito del PNES – area di intervento "*Contrastare la Povertà Sanitaria*" – Progetto IN.4k.1_02 "*Costituzione delle equipe multidisciplinare per attività clinica*".

A tal fine dichiara, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, di:

- essere in possesso dei requisiti richiesti come da Avviso interno e di impegnarsi nello svolgimento delle attività previste nel progetto.

Data _____

Firma _____

Si allegano:

- 1) Curriculum vitae datato e firmato
- 2) Documento di riconoscimento