



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia  
ASST Lariana

**Direzione Sociosanitaria**

Direttore: ing. Maurizio Morlotti

**Direzione Attività Cliniche del Territorio (D.A.C.T.)**

Direttore ad interim: ing. Maurizio Morlotti

Telefono 031.585.8479 / 8480

specialistiambulatoriali@asst-lariana.it

specialistiambulatoriali@pec.asst-lariana.it

Bollo di **€ 16,00**,  
da incollare e  
annullare.

**PEC: [specialistiambulatoriali@pec.asst-lariana.it](mailto:specialistiambulatoriali@pec.asst-lariana.it)**

**OGGETTO:** Dichiarazione di **disponibilità a ricoprire INCARICO (art. 21, ACN 4.4.2024)** per il:

**PERIODO** \_\_\_\_\_ (indicare trimestre e anno)

**BRANCA** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail PEC \_\_\_\_\_

### DICHIARA

**(BARRARE SOLO LE CASELLE INTERESSATE)**

La propria disponibilità a ricoprire il seguente incarico a tempo:

**INDETERMINATO**

**DETERMINATO**

**PROVVISORIO**

presso ASST: \_\_\_\_\_ per n. ore settimanali: \_\_\_\_\_

Di essere:  **PRESENTE** o  **NON PRESENTE** nella graduatoria della specialistica ambulatoriale  
valevole per l'anno corrente.

**Solo** nel caso si sia titolare di incarico a tempo indeterminato in **Regione non confinante** specificare che:

si effettua richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità; **OPPURE:**

**non** si effettua richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità;

Il/la sottoscritto/a acclude autocertificazione informativa (allegato B) predisposta da questa Azienda, relativa ai requisiti posseduti con copia di documento d'identità.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_