



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

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 _____