



COMITATO CONSULTIVO ZONALE
SPECIALISTICA AMBULATORIA POTENZA

Al Comitato Zonale Specialistica Ambulatoriale
c/o UOC Cure Primarie PZ- Venosa-Melfi
PEC: comitato specamb@per.aspbasilicata.it

Oggetto: DISPONIBILITÀ COMPLETAMENTO ORARIO – Art. 20 commi 2 e 3 ACN 04.04.2024

Il/La Dott/Dott.ssa _____ nato/a _____ il _____
Residente a _____ (Cap) _____ Via _____ N. _____
Cell. _____ Pec _____

Comunica di accettare l'incarico per la copertura di n. ____ ore/sett. - Branca di _____

Dichiara, sotto la propria responsabilità, di:

- essere laureato in _____ in data _____ con voto _____
- essere iscritto all'Albo Professionali di _____ dal _____
- essere Specializzato in _____ Titolo conseguito il _____ con voto _____
- essere Specialista Ambulatoriale a tempo indeterminato dal _____

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara di espletare attualmente la propria attività presso le seguenti sedi:

- 1) _____ per n. ore sett. _____
- 2) _____ per n. ore sett. _____
- 3) _____ per n. ore sett. _____
- 4) _____ per n. ore sett. _____

Il/la sottoscritto/a dott. _____ consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci, afferma che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Data _____

Firma (per esteso)
