PER I MEDICI CHE ACCETTANO L’INCARICO

DA RIPORTARE NEL TESTO DELLA E-MAIL DA TRASMETTERE AL SEGUENTE INDIRIZZO:

[**segreteria.gestioneconvenzioni@asl5.liguria.it**](mailto:segreteria.gestioneconvenzioni@asl5.liguria.it)

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

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

M \_\_\_ F \_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo di PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di accettare il seguente incarico di Assistenza Penitenziaria a tempo indeterminato

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Azienda – codice identificativo** | **POLO** | **Modalità di partecipazione\*** |
|  |  |  |

\*per trasferimento – per graduatoria – ai sensi della lettera e

Allega alla presente:

1. Allegato L “dichiarazione informativa”
2. Fotocopia fronte/retro di documento di identità in corso di validità

Prendo atto che ogni successiva comunicazione relativa al suddetto conferimento di incarico verrà trasmessa a cura dell’Azienda Sociosanitari Ligure n. 5 all’indirizzo PEC sopra indicato.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_