

MODELLO 3

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE TURNI VACANTI
(modello riservato agli specialisti di cui all'art.23, comma 1, lettera L)

RACCOMANDATA A.R.

- COMITATO EX ART. 24
ACN 29.7.2009 - A. C. N. PER LA
SPECIALISTICA AMBULATORIALE
Via Nizza 146
84127 SALERNO

Il/La sottoscritt _____ nat a _____

Il _____ residente a _____ Via _____

CAP _____, Cellulare _____, Tel. fisso _____

specialista in _____, in possesso del requisito previsto dall'art. 23 A.C.N., comma 1, lettera I, in quanto titolare del seguente incarico

_____ (Assistenza primaria – Pediatria di L.S. – Medicina dei servizi – Continuità assistenziale – Dipendente di struttura pubblica) presso l'ASL / DSB / P.O. / altra struttura pubblica:

_____ dal _____,

data laurea: _____; data specializzazione: _____,

in relazione ai turni vacanti pubblicati mediante affissione all'albo di codesto Comitato relativi al _____° trimestre 200____,

CHIEDE L'ASSEGNAZIONE

di tutte le ore pubblicate nella branca di _____,

ovvero, solo dei seguenti turni: _____.

Allega alla presente i seguenti documenti: _____

Il sottoscritto dichiara di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali riportata nell'Avviso di pubblicazione, ai sensi dell'art. 13 del D.Lvo 196/2003 cosiddetto "Codice Privacy" e autorizza il Comitato Zonale di Salerno al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e utilizzati per l'espletamento dell' Avviso di pubblicazione dei turni vacanti relativi al _____° trimestre 200__ per le strette finalità espresse nello stesso avviso.

Salerno, _____

In fede
