

All'A.S.P. di Trapani
U.O.C. Gestione Amministrativa Attività Convenzionate
pec: **gestione.amministrativa.territoriale@pec.asptrapani.it**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa
nato/a il a (Prov.) e
residente a (Prov.)
in via n. CAP
cellulare mail
PEC
specialista nella branca di

comunica la propria disponibilità

ad accettare l'incarico di sostituzione ai sensi dell'art.36 del vigente A.C.N. del 05/02/2026 nella branca di
neurologia,

per l'intero monte orario pari a n. 23.00 ore settimanali;

ovvero

per n..... ore settimanali relative ai seguenti turni:

- Distretto di Giorno Orario
- Distretto di Giorno Orario
- Distretto di Giorno Orario
- Distretto di Giorno Orario
- Distretto di Giorno Orario
- Distretto di Giorno Orario

NOTE

.....
.....
.....

Si allega copia (fronte/retro) del documento di identità in corso di validità.

Luogo e data

Firma
