

**RICHIESTA ASSEGNAZIONE TURNI DISPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA  
BANDO 1° TRIMESTRE 2024**

BRANCA DI \_\_\_\_\_

Al Direttore Generale  
A.S.P. Reggio Calabria  
c/o Comitato Zonale

[gruppersonaleconvenzionato.asprc@certificatamail.it](mailto:gruppersonaleconvenzionato.asprc@certificatamail.it)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ consapevole delle  
conseguenze penali in caso di falsa dichiarazione

**DICHIARA**

**Ai sensi della legge 445/2000 artt. 45,46 e 47 quanto segue:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

Di partecipare a tale assegnazione ai sensi dell'ACN vigente, art.21, comma 2 lettera \_\_\_\_\_

Anzianità di servizio a tempo indeterminato quale Specialista Ambulatoriale Interno dal \_\_\_\_\_

Laurea in \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

Specializzazione in \_\_\_\_\_

conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Incaricato/a presso l'A.S.P./Ente \_\_\_\_\_ nella branca di \_\_\_\_\_

Per n° \_\_\_\_\_ settimanali

**CHIEDE**

L'assegnazione dei turni di Specialistica Ambulatoriale Interna con la seguente priorità:

sede di \_\_\_\_\_ per n° ore settimanali \_\_\_\_\_

sede di \_\_\_\_\_ per n° ore settimanali \_\_\_\_\_

sede di \_\_\_\_\_ per n° ore settimanali \_\_\_\_\_

sede di \_\_\_\_\_ per n° ore settimanali \_\_\_\_\_

sede di \_\_\_\_\_ per n° ore settimanali \_\_\_\_\_

sede di \_\_\_\_\_ per n° ore settimanali \_\_\_\_\_

sede di \_\_\_\_\_ per n° ore settimanali \_\_\_\_\_

Si allega alla presente Documento d'identità firmato in originale.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma