

Raccomandata A.R.

Al Comitato Consultivo Zonale
Dei Medici Specialisti Ambulatoriali
Della Provincia di Oristano
c/o A.S.L. n° 5
Via Carducci, 35
09170 ORISTANO

Oggetto: attribuzione turni
_____ Trimestre _____
Branca di _____

Il sottoscritto, _____ Specialista Ambulatoriale:

- Incaricato a tempo indeterminato con anzianità di servizio dal _____
- Incaricato a tempo indeterminato (**in data successiva al 15/11/2005**) con anzianità d'incarico annuale dal _____ trasformato a tempo indeterminato in data _____ presso la ASL n° _____ di _____
- Altro _____ con anzianità di servizio dal _____

Specializzato nella branca di _____ il _____ e laureato in data _____,

chiede

che gli vengano attribuiti i turni vacanti pubblicati , ex art. 22 ACN, nel _____ trimestre 200__ per la branca specialistica di _____, secondo quanto indicato dall'art. 23 dell' A.C.N. del 23/03/05.

Attualmente è titolare di:

a) n° _____ ore d'incarico specialistico ambulatoriale nell'ASL N°5 così distribuite:

DISTRETTO	POLIAMBULATORIO	N° ORE	DATA INIZIO
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

b) n° _____ ore d'incarico specialistico ambulatoriale nelle seguenti AA.SS.LL. :

A.S.L.	Provincia	POLIAMBULATORIO	N° ORE	DATA INIZIO
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

c)Altro: _____

se dovesse superare il massimale orario intende rinunciare alle seguenti ore in ordine di preferenza:

(lasciare in bianco se non s'intende rinunciare)

A.S.L.	POLIAMBULATORIO	N° ORE
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Eventuali comunicazioni dovranno essere inviate al seguente indirizzo:

Dr. _____ Via _____ C.A.P. _____ Città _____

TEL. _____ Cell. _____ E-Mail _____

DATA

FIRMA
