

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**

<p>Oggetto: attribuzione turni</p> <p>_____ Trimestre _____</p> <p>Branca di _____</p>

Il sottoscritto, _____, specialista in _____ dal _____ e laureato in data _____, **chiede che gli vengano attribuiti i turni vacanti pubblicati nel _____ trimestre 200__**, ai sensi del: **art. 23, c. 1, lettera h) | i) | l)** oppure **art.23 c. 10 | dell' A.C.N. del 23/03/05.**

A tal fine dichiara:

(BARRARE IL PUNTO INTERESSATO)

a) per l'art. 23, co. 1, lettera h)

di essere attualmente **titolare** di n. _____ ore **d'incarico specialistico ambulatoriale (annuale)**, ai sensi del'**art. 23, c.10**, A.C.N. 23/03/05 – **con anzianità di servizio**, senza soluzione di continuità, **dal _____**, come di seguito indicato:

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

b) per l'art. 23, co. 1, lettera i)

di essere specialista ambulatoriale **titolare di pensione** a carico del seguente Ente:
_____ dal _____

c) per l'art. 23, co. 1, lettera l)

di essere medico di medicina generale, medico pediatra di libera scelta, medico di medicina dei servizi, medico della continuità assistenziale, medico di struttura pubblica, presso _____ dal _____.

d) per l'art. 23, co. 10,

di essere **iscritto nella graduatoria** dei medici specialisti ambulatoriali della provincia di ORISTANO nella branca di _____ valevole per l'anno 200 _____.

Eventuali comunicazioni dovranno essere inviate al seguente indirizzo:

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

TEL. _____ Cell. _____

DATA

FIRMA
