

All'ASL di Como  
U.O. Convenzioni  
Via Castelnuovo, 1  
22100 COMO

**FAX 031 370800**

Oggetto: domanda di ammissione alla graduatoria aziendale di disponibilità per l'effettuazione del Servizio di Continuità Assistenziale.

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

formula con la presente, domanda di ammissione alla graduatoria aziendale di disponibilità per il Servizio di Continuità Assistenziale presso l'ASL di Como.

All'uopo il sottoscritto **DICHIARA:**

- di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- di essere residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_
- di essere domiciliato a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_
- recapito telefonico \_\_\_\_\_
- di essere iscritto all'albo dell'Ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_
- di essersi laureato in medicina e chirurgia presso l'Università di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ con voto di laurea \_\_\_\_\_
- di essere inserito nella graduatoria regionale della Regione Lombardia con punteggio: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto **PRENDE ATTO** che in caso di conferimento dell'incarico:

- non è consentito accorpate turni di servizio, nel rispetto del massimale orario delle 24 ore settimanali, come stabilito dalle norme della Convenzione e di accettare senza riserva alcuna tale vincolo;
- per l'effettuazione del servizio il sottoscritto deve utilizzare un automezzo proprio;
- la sede del servizio viene stabilita dall'ASL.

Data

Firma