

**ISTANZA CONFERMA/ADESIONE AL PIANO AZIENDALE
DI UTILIZZO DELLE ORE DI PLUS ORARIO PER L'ANNO 2019**

(DA CONSEGNARE "BREVI MANU" O SPEDIRE AL N° Fax 091 7033361 ENTRO IL 03 DICEMBRE 2018)

AL DIRETTORE DELLA U.O.C.
PROGRAMMAZIONE ED ORGANIZZAZIONE
DELLE ATTIVITÀ DI CURE PRIMARIE
ASP - PALERMO

Il sottoscritto Dr. _____

Nat ___ a _____ il _____ Residente in _____

Prov. _____ Via _____ n. _____

CAP _____ E-MAIL - PEC _____ Tel. Cellulare _____

(Medici ad unico rapporto: INDICARE LE ORE SEI (6) PREVISTE DALL'AIR VIGENTE)

(Medici a doppio rapporto: INDICARE LE ORE QUATTRO (4) PREVISTE DALL'AIR VIGENTE)

PPI _____ ORE _____ /Sett. AICB _____ ORE _____ /Sett.

RADDOPPIO DI C.A. _____ ORE _____ /Sett.

ATTIVITA' PRESSO IL DISTRETTO SANITARIO DI BASE N° _____ DI _____ ORE _____ /Sett.

DISPONIBILE AD EFFETTUARE ULTERIORI ORE DI PLUS

Qualora esista disponibilità di ore, PRESSO:

PPI _____ AICB _____

RADDOPPIO DI C.A. _____

ATTIVITA' PRESSO IL DISTRETTO SANITARIO DI BASE N° _____ DI _____

DICHIARA

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia il ___/___/_____; con voto _____
- di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato di C.A. presso l'ASP di Palermo dal ___/___/____;
- di essere titolare a tempo indeterminato di C.A ad unico rapporto di convenzione
- di essere titolare a tempo indeterminato di C.A a Doppio Rapporto di convenzione con la MG con un **numero di assistiti pari a** _____;
- di essere Coordinatore presso il presidio di _____ del DSB N° _____ di _____;

Data ___/___/_____

Firma del Medico
