

AL DIRETTORE GENERALE
dell'Azienda USL n.5 di Messina
Via La Farina, Is. 263/N – Palazzo Geraci
90124 MESSINA

Il/La sottoscritto/a Dr.

nato/a a Prov. il

residente a Prov. via

..... n. c.a.p. Comune prov.

Domiciliato a Prov. via

..... n. c.a.p. Comune prov.

Tel. Cell. E-mail

Specializzato/a in

medico convenzionato con Codesta A.U.S.L., a tempo indeterminato, per la Continuità assistenziale

presso il Presidio di Distretto di

CHIEDE

ai sensi dell'Accordo aziendale per la Continuità assistenziale del 16 Aprile 2008, di poter effettuare il plus-orario di quattro ore settimanali:

nelle attività programmate diurne feriali, ambulatoriali o domiciliari, dei servizi distrettuali territoriali di base

nell'ADI

presso il Dipartimento Cure primarie

(indica nel riquadro le priorità utilizzando i numeri 1, 2 e 3)

DICHIARA

1) di saper utilizzare il Personal computer	si	no
2) di saper utilizzare il software Word	si	no
3) di saper utilizzare il software Excel	si	no
4) di saper utilizzare il software Powerpoint	si	no
5) di saper utilizzare il software Access	si	no
6) di saper utilizzare Internet	si	no
7) di saper utilizzare la posta elettronica	si	no

Messina,

Firma

.....