

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il ___ / ___ / _____,
residente a _____, tel. _____
email _____ PEC _____ comunica la propria
disponibilità per il conferimento di un **incarico provvisorio (ex art. 38 ACN) di assistenza primaria a ciclo di scelta**
come di seguito indicato:

(X) barrare le opzioni di interesse

(incarico A 650 assistiti, incarico B 1000 assistiti, incarico C 1500 assistiti, incarico D 1800 assistiti)

ambito di **Farra d'Isonzo (Comuni di Farra d'Isonzo, Gradisca d'Isonzo, Romans d'Isonzo, Villesse) dal 1.11.2024:**

- incarico A;
- incarico B;
- incarico C;
- incarico D;

ambito del **Comune di Trieste dal 1.11.2024:**

- incarico A;
- incarico B;
- incarico C;
- incarico D;

ambito di **Gorizia con decorrenza immediata o da concordare:**

- incarico A;
- incarico B;
- incarico C;
- incarico D;

ambito di **Farra d'Isonzo con decorrenza immediata o da concordare:**

- incarico A;
- incarico B;
- incarico C;
- incarico D;

ambito di **Capriva del Friuli con decorrenza immediata o da concordare:**

- incarico A;
- incarico B;
- incarico C;
- incarico D;

ambito di **Doberdò del Lago con decorrenza immediata o da concordare:**

- incarico A;
- incarico B;
- incarico C;
- incarico D;

ambito di **Monfalcone con decorrenza immediata o da concordare:**

- incarico A;
- incarico B;
- incarico C;
- incarico D;

ambito di **Duino Aurisina con decorrenza immediata o da concordare:**

- incarico A;
- incarico B;
- incarico C;
- incarico D.

Qualora venga espressa l'opzione per più sedi, è necessario indicare l'ordine di preferenza, al fine di individuare l'incarico da assegnare in caso di posizione utile per più incarichi:

1) ambito di _____ ;

2) ambito di _____ ;

3) ambito di _____ ;

4) ambito di _____ ;

5) ambito di _____ ;

6) ambito di _____ ;

7) ambito di _____ .

_____, li __ / __ / ____

Firma _____

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte e sottoscritto, va inviato entro e non oltre il giorno 10 ottobre 2024, all'indirizzo asugi@certsanita.fvg.it, anticipando la comunicazione obbligatoriamente anche all'indirizzo e-mail medicina.convenzionata@asugi.sanita.fvg.it).