

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

.....