

## DOMANDA DI ADESIONE DEL MEDICO

MODELLO C

Spettabile ASL

\_\_\_\_\_

OGGETTO: Domanda di partecipazione riservata a Medici di Medicina Generale per prestazioni da rendere presso \_\_\_\_\_ per il progetto "Copertura assistenziale sabato, domenica, prefestivi e festivi"

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Recapito cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Medico di medicina generale, Codice Regionale n.° \_\_\_\_\_

convenzionato a tempo indeterminato / determinato con la regione Lazio nella ASL \_\_\_\_\_ per:

- assistenza primaria
- continuità assistenziale
- medicina dei servizi

oppure:

- Iscritto nelle graduatorie regionali di settore della medicina generale e residente nella ASL \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_
- In possesso dell'Attestato di formazione specifica in medicina generale conseguito in data \_\_\_\_\_ e residente nella ASL \_\_\_\_\_ distretto \_\_\_\_\_

avendo preso visione del progetto denominato "Copertura assistenziale sabato domenica e festivi" proposto dalla Regione Lazio, compreso il trattamento economico previsto, dichiara di aderire al suddetto progetto, e si rende disponibile per effettuare n° \_\_ ore settimanali,

Turno prescelto:

- ore \_\_ dalle ore \_\_ alle ore \_\_\_\_
- ore \_\_ dalle ore \_\_ alle ore \_\_\_\_

presso presidio ASL via \_\_\_\_\_

secondo le modalità stabilite nel progetto.

Data

Firma