

Spett.le
Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale
SOC Relazioni sindacali ed applicazioni contrattuali
asufc@certsanita.fvg.it

Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____
indirizzo e-mail _____ n. tel. cellulare _____

DICHIARA

di essere disponibile a prestare la propria attività nelle Case della comunità del distretto
socio-sanitario _____ per _____ ore settimanali.

(luogo, data)

(firma)