

**COMUNICAZIONE DI DISPONIBILITA' ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO
PUBBLICATI ai sensi dell'art. 20, co. 1 dell'ACN 2020 e smi (Completamento orario)**

Riservato ai titolari di incarico di Specialistica Ambulatoriale a tempo indeterminato presso l'ASL Salerno

 mese _____ anno _____

Al Direttore Generale
 ASL Salerno

 UOC Assistenza Primaria
 assistenzaprimaria@pec.aslsalerno.it

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
cittadinanza _____ codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ (prov. _____) CAP _____
al/alla Via/Corso/Piazza _____ n. _____
PEC _____
e-mail _____
cellulare _____ telefono fisso _____
di essere iscritto/a all'Ordine dei/degli
_____ con n° _____ dal ____ / ____ / ____
- laureato/a in _____ il ____ / ____ / ____
 con voto _____ presso l'Università di _____
- specializzato/a in _____ il ____ / ____ / ____
 con voto _____ presso l'Università di _____
- titolare di incarico a tempo indeterminato
 nella branca o disciplina di _____
 con anzianità di incarico ____ / ____ / ____ per un totale n° _____ ore settimanali presso:
 (specificare A.S.L., A.O., A.O.U., S.A.S.N., I.N.A.I.L., I.N.P.S., Ministero della Difesa o altre Istituzioni previste dal vigente A.C.N.)

COMUNICA

la propria disponibilità all'assegnazione per la branca di _____
dei seguenti incarichi: _____

Chiede, inoltre, che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente indirizzo PEC o e-mail:

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, nato/a a _____ il _____ ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i. e consapevole della decadenza dai benefici, prevista dall'art. 75, e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76, per chi attesta il falso, rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso
dichiara

sotto la propria responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Autorizza, inoltre, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per tutte le finalità istituzionali, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e s.m.i..

Si allega copia della _____ n° _____
rilasciata da _____ il _____

(luogo e data)

(firma)