

**COMUNICAZIONE DI DISPONIBILITA' ALL'ASSEGNAZIONE DEI TURNI PUBBLICATI
A TEMPO DETERMINATO – art. 20 A.C.N. 2015**

PER IL ____ TRIMESTRE 201__

ASL Salerno
SC Integrazione Ospedale Territorio
Via Nizza, 146
84124 SALERNO

RACCOMANDATA A.R.

oppure

PEC: int.osp.territorio@pec.aslsalerno.it

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

nato/a a _____ (prov. _____)

il _____ Codice Fiscale _____

e residente nel Comune di _____ (prov. _____) CAP _____

al/alla Via/Corso/P.zza _____ n. _____

PEC _____

e-mail _____

Cellulare _____ Telefono fisso _____

- laureato/a in _____ il ____ / ____ / ____

con voto _____ presso l'Università di _____

- specializzato/a in _____ il ____ / ____ / ____

con voto _____ presso l'Università di _____

(biffare un solo item dei seguenti due)

presente nella vigente graduatoria degli aspiranti ad incarico alla posizione n° _____
nella branca di _____

non presente nella vigente graduatoria degli aspiranti ad incarico e dichiaratosi/dichiaratasi disponibile
per la branca di _____

COMUNICA

la propria disponibilità all'assegnazione per la branca di: _____

dei seguenti turni: _____

(I documenti devono essere allegati se la pubblicazione contiene la richiesta di possesso di particolari capacità professionali)

Allega alla presente i seguenti documenti: _____

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)