

**COMUNICAZIONE DI DISPONIBILITA' ALL'ASSEGNAZIONE DEI TURNI PUBBLICATI
A TEMPO INDETERMINATO – art. 19 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 _____

- titolare di incarico a tempo indeterminato

nella branca 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.)

(biffare un solo item dei seguenti due)

con priorità di scelta ai sensi dell'art. 19 co. 2 lett.

a	b	c	d	e	f	g	h	i
---	---	---	---	---	---	---	---	---

solo se lett. h): aspirante ad incarico presente nella vigente graduatoria alla posizione n° _____

nella branca di _____

con priorità di scelta ai sensi dell'art. 19 co. 4

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)