

All'Azienda Sanitaria
Provinciale di Palermo

OGGETTO: Dichiarazione di disponibilità allo svolgimento di attività oraria ai sensi dell'AVVISO PNES Comparto Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES) 2021-2027 – COMPARTO - CUP F71H24000100006 - CUP F79G24000160006 - CUP F79G24000170006

(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____, codice fiscale _____, laureato/a in _____ il _____ presso l'Università di _____ con la votazione di _____, iscritto/a all'Ordine (ove presente) dei _____, n. _____ dal _____, dipendente matricola n. _____ in servizio presso il _____, con il ruolo di _____ residente a via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____, domiciliato/a _____ in via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____ tel. _____, cell. _____, pec personale _____

DICHIARA DI

essere disponibile per lo svolgimento di attività oraria supplementare, da svolgersi fuori dagli orari di servizio, presso il/i Distretto/i di prossimità individuati nell'avviso in oggetto, secondo il seguente ordine di preferenza:

- Ambulatorio di prossimità c/o Belmonte Mezzagno scelta nr. ____
- Ambulatorio di prossimità c/o Casa del Sole (Palermo) scelta nr. ____
- Ambulatorio odontoiatrico di prossimità c/o PTA Albanese (Palermo) DS.42 scelta nr. ____
- Ambulatorio odontoiatrico di prossimità c/o Corleone DS 40 scelta nr. ____

Dichiara, infine, di essere consapevole e di accettare espressamente che l'assegnazione degli incarichi avverrà in ordine di arrivo delle domande dando la priorità ai dipendenti operanti nei Distretti 40 di Corleone (per gli Ambulatori di Odontoiatria) e Distretto 42 (per tutte le figure).

Il/La Sottoscritto/a allega alla presente valido documento di riconoscimento.

Luogo e data

FIRMA