All’Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

**OGGETTO**: **Dichiarazione di disponibilità allo svolgimento di attività oraria ai sensi dell’AVVISO** **PNES Medici e Farmacisti Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES) 2021-2027 - 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 \_\_\_\_\_\_\_\_, abilitato/a in data \_\_\_\_\_\_, specializzato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto/a all’Ordine dei \_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_, dipendente matricola n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliato/a \_\_\_\_\_\_\_ 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 il compenso orario è stabilito dal regolamento interno sulle prestazioni aggiuntive;
* 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 Odontoiatri) e Distretto 42 (per tutte le figure).

Si allega alla presente:

- dichiarazione sostitutiva relativa a requisiti specifici di attestazione possesso competenze (per i soli dirigenti medici)

- valido documento di riconoscimento

Luogo e data FIRMA