

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