



Prot. n. _____/_____

*Al Direttore Generale
dell'Azienda ASL di Pescara*

E.p.c. UOC Dinamiche del Personale

*UOC Trattamento Economico del Personale
Dipendente e Convenzionato*

Oggetto: ¹ richiesta di opzione del tipo rapporto.

Il/La Sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) alla

Via _____, n. _____, dipendente di codesta Azienda in qualità

di Direttore/Dirigente Medico in servizio presso _____,

CHIEDE

ai sensi del dell'articolo 14, comma 1, del CCNL Area Sanità del 19 dicembre 2019 di optare, a decorrere dal ² ____/____/____ per il:

³ rapporto di lavoro esclusivo (intramoenia);

⁴ rapporto di lavoro non esclusivo (extramoenia).

Si allega copia del documento d'identità del richiedente.

Cordiali saluti.

Pescara, lì ____/____/____

Firma

¹ L'opzione da un tipo di rapporto all'altro è esercitabile entro il 30 novembre di ciascun anno.

² Gli effetti del passaggio dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo e viceversa, decorrono dal primo gennaio dell'anno successivo a quello dell'opzione e sono regolati dall'art. 15 del CCNL Area Sanità del 19 dicembre 2019.

³ Il rapporto di lavoro esclusivo comporta la totale disponibilità del dirigente nello svolgimento delle proprie funzioni nell'ambito dell'incarico attribuito e della competenza nell'area e disciplina di appartenenza.

⁴ Il rapporto di lavoro non esclusivo comporta la totale disponibilità nell'ambito dell'impegno di servizio, per la realizzazione degli obiettivi istituzionali programmati e lo svolgimento delle attività professionali di competenza.