

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682
P.Iva: 01397530682

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO - UOC TRATTAMENTO ECONOMICO DEL PERSONALE DIPENDENTE E CONVENZIONATO- Direttore: Dott. Giuseppe Barile
UOS Gestione SANITARI CONVENZIONATI - Dirigente Responsabile: Dott.ssa Marilea Cantagallo
Pec: medicinaconvenzionata.aslpe@pec.it
Referente: Dott.ssa Federica Costantini Recapito Telefonico: 085/4253032 Mail: federica.costantini@asl.pe.it

Allegato A)

**Alla UOS Gestione Sanitari Convenzionati
ASL Pescara
PEC: protocollo.aslpe@pec.it**

OGGETTO: Dichiarazione di disponibilità al conferimento di un incarico di sostituzione nella branca di Allergologia.

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
Nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)
C.F. _____
residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____
tel. _____ e-mail (LEGGIBILE) _____
PEC (LEGGIBILE) _____

DICHIARA

(barrare le caselle)

- di essere disponibile al conferimento dell'incarico di sostituzione per n. 30 ore settimanali nella branca di Allergologia da svolgere presso il Cers di Pescara Nord, **con decorrenza immediata e fino al 02/01/2025**, con il seguente orario di attività:
- **Lunedì, martedì, mercoledì, giovedì e venerdì: dalle ore 08:00 alle ore 14:00.**
- di non superare, con l'acquisizione dell'incarico in oggetto, il massimale orario di n. 38 ore settimanali.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e valendosi delle disposizioni di cui al DPR 28.12.2000 n. 445 come modificato dall'art. 15 della L. 183/2011, consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483,495 e 496 del codice penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

DICHIARA

- di essere in possesso del diploma di laurea (DL) o laurea specialistica (LS) in _____ conseguito c/o l'Università di _____ in data _____;
- di essere in possesso della specializzazione in _____ conseguita c/o l'Università di _____ il _____;
- di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di _____ dal _____.

Data _____

Firma
