

# AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO - UOC DINAMICHE DEL PERSONALE - Direttore ad interim: Dott. Giuseppe Barile  
Ufficio SANITARI CONVENZIONATI - Dirigente Responsabile: Dott.ssa Marilea Cantagallo  
Pec: [medicinaconvenzionata.aslpe@pec.it](mailto:medicinaconvenzionata.aslpe@pec.it)  
Referente: Dott.ssa Paola Volpe Recapito Telefonico: 085/4253136 Mail: paola21.volpe@asl.pe.it

## Allegato A)

All'Ufficio Sanitari Convenzionati  
ASL Pescara  
PEC: [protocollo.aslpe@pec.it](mailto:protocollo.aslpe@pec.it)

### OGGETTO: Dichiarazione di disponibilità per incarico provvisorio nella branca di Dermatologia.

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 provvisorio per n. 12 ore settimanali nella branca di Dermatologia da svolgere presso la Sede erogativa di Penne, **con decorrenza dal 01/08/2023 e fino al 31/10/2023**, con il seguente orario di attività:
- **martedì: dalle 08:00 alle ore 14:00;**
  - **giovedì: 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

\_\_\_\_\_