

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



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

Allegato A)

Alla ASL PESCARA
PEC: protocollo.aslpe@pec.it

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

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

- di essere disponibile al conferimento dell'incarico di sostituzione nella branca di Geriatria, da svolgere, a decorrere **dal 1 luglio 2022 e fino al 1 settembre 2022 e, comunque, fino al rientro del titolare**, per le seguenti ore (*barrare la casella di interesse*):

n. 30 ore settimanali (di cui n. 18 presso la Sede erogativa di Penne, n. 6 presso la Sede erogativa di Scafa e n. 6 presso il CERS di Tocco da Casauria);

n. ___ ore settimanali, presso _____ (*specificare il numero di ore per le quali si è disponibile e la relativa Sede di incarico*);

- di essere disponibile alla presa di servizio immediata, a decorrere dal 1 luglio 2022.

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 _____.

In caso di attribuzione dell'incarico, il/la sottoscritto/a si impegna a non instaurare alcun rapporto di lavoro subordinato con Pubbliche Amministrazioni o con soggetti privati, né a svolgere altre attività incompatibili o comunque in conflitto di interesse rispetto all'incarico attribuito.

Data _____

Firma
