

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 Oculistica da svolgere presso il Reparto di Oculistica del P.O. di Pescara.

Il/La sottoscritto/a Dott. _____
nato 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 per n. 21 ore settimanali da svolgere presso il Reparto di Oculistica del P.O. di Pescara, a decorrere **dall'8 marzo 2022 e fino al 22 aprile 2022** con il seguente orario di attività:

- **martedì: dalle 08:30 alle ore 13:30**
- **mercoledì: dalle ore 08:30 alle ore 13:30**
- **giovedì: dalle ore 08:30 alle ore 14:00**
- **venerdì: dalle ore 08:30 alle ore 14:00;**

- di essere disponibile alla presa di servizio immediata, a decorrere dall'8 marzo 2022;

- 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 _____