FAC-SIMILE ISTANZA

risorse.umane@ausl.pe.it **ALLA**

# UOC DINAMICHE DEL PERSONALE ASL PESCARA REGIONE ABRUZZO

**AVVISO INTERNO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RISERVATO A PERSONALE DIRIGENZIALE MEDICO DISPONIBILE A PRESTARE TURNI AGGIUNTIVI NOTTURNI IN LIBERA PROFESSIONE PRESSO LE STRUTTURE DEL PRONTO SOCCORSO DELL’AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA.**

Il/la sottoscritto/a ……………………………………..……………..….., nato/a il …………..……

a …………………………..……..……. (…..), residente in ,

via/piazza………………………………………………, n. ……….. codice fiscale n.

………………………………….……, telefono ……………………., cellulare ,

e-mail …………………………………….., pec …………………………….………………………

in qualità di dirigente medico della disciplina di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio

presso la UOC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(indicare obbligatoriamente disciplina e sede di servizio);*

# MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO E CHIEDE

di essere iscritto in un elenco di MEDICI SPECIALISTI , in quanto in possesso dei seguenti requisiti di accesso:

1) essere dipendente della ASL di Pescara, nel profilo di dirigente medico della disciplina di medicina e chirurgia d’accettazione e d’urgenza ovvero disciplina equipollente o affine a quella di medicina e chirurgia d’accettazione e d’urgenza, in regime di rapporto di lavoro esclusivo a tempo determinato o indeterminato, ai sensi dei DD.MM. 30/01/1998 e 31/01/1998;

2) specializzazione nella disciplina di medicina e chirurgia d’accettazione e d’urgenza ovvero nelle discipline equipollenti o affini alla disciplina di medicina e chirurgia d’accettazione e d’urgenza, ai sensi dei DD.MM. 30/01/1998 e 31/01/1998;

3) non essere destinatario di prescrizioni limitative dell’attività lavorativa, incompatibili con l’effettuazione dei turni aggiuntivi;

dando disponibilità a prestare i turni aggiuntivi notturni in libera professione presso le Strutture del Pronto Soccorso dell’Azienda Sanitaria Locale di Pescara.

Allega proprio curriculum vitae e copia di un documento di identità in corso di validità. Dichiara di aver preso visione e accettare:

* dell’informativa sulla privacy e di essere consapevole che i propri dati saranno raccolti dall’Azienda Sanitaria Locale di Pescara per le finalità di gestione della presente manifestazione di interesse, ai sensi e per gli effetti di quanto dispone il Regolamento (UE) 2016/679;
* dei contenuti del bando.

Con osservanza.

Lì,…………………………. Firma