

DOMANDA PER LA DISPONIBILITA' ALL'INCREMENTO ORARIO SETTIMANALE DA PARTE DEI TITOLARI DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO L'AZIENDA USL TOSCANA SUD EST, AI SENSI DELL'ART. 20 C. 1 DELL'ACN 31/03/2020 e S.M.I. PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA

All'Azienda USL Toscana Sud-Est
Pec: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

OGGETTO: domanda per l'assegnazione di ore a completamento del monte orario, ex art. 20 co. 1 dell'ACN/2020 e smi. Branca/Area prof.le di _____ Area provinciale di _____ - Turni di specialistica ambulatoriale I° trimestre 2024.

Il/La sottoscritto/a _____
dichiara

- di essere titolare di incarico di specialistica/veterinaria/professionalità ambulatoriale a tempo indeterminato dal _____ (indicare la data del primo incarico a tempo indeterminato in qualità di specialista/veterinario o professionista ambulatoriale conferito dall'Azienda _____);

- di prestare attualmente servizio in qualità di specialista/veterinario/professionista ambulatoriale a tempo indeterminato:

- presso: _____ per n. _____ ore settimanali dal _____ (*);

- presso: _____ per n. _____ ore settimanali dal _____ (*);

dichiara

- la propria disponibilità all'accettazione dei seguenti turni o frazione di essi, a completamento del proprio monte orario di incarico, ai sensi dell'art. 20 comma 1 dell'ACN/2020 e smi:

n. ore _____ Sede _____ ;

n. ore _____ Sede _____ ;

n. ore _____ Sede _____ ;

n. ore _____ Sede _____ ;

n. ore _____ Sede _____ ;

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Allega fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

DATA _____

FIRMA

(*) Inserire il monte orario complessivo di incarico presso ciascuna Azienda e la decorrenza del primo incarico a tempo indeterminato presso la medesima.