

ALLEGATO A

gru.specialisticambulatoriale@pec.aslbenevento.it

SPETT/LE ASL BENEVENTO

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLE PROCEDURE DI COMPLETAMENTO ORARIO EX ART. 20 CO.2 ACN 4 APRILE 2024

Il/la sottoscritt _____
nat ____ a _____ (_____) il _____
Tel - Cell. _____ - _____
P.E.C. _____ mail _____
con riferimento alle ore pubblicate sul portale della ASL _____ in data _____

specialista ambulatoriale a tempo indeterminato nella branca di _____ per n. _____
ore presso codesta Azienda:

DS _____	per n° ore settimanali _____	decorrenza incarico _____
DS _____	per n° ore settimanali _____	decorrenza incarico _____
DS _____	per n° ore settimanali _____	decorrenza incarico _____
DS _____	per n° ore settimanali _____	decorrenza incarico _____
DS _____	per n° ore settimanali _____	decorrenza incarico _____

e/o presso

ASL/INAIL/MINISTERO _____	per n° ore settimanali _____	decorrenza incarico _____
ASL/INAIL/MINISTERO _____	per n° ore settimanali _____	decorrenza incarico _____
ASL/INAIL/MINISTERO _____	per n° ore settimanali _____	decorrenza incarico _____
ASL/INAIL/MINISTERO _____	per n° ore settimanali _____	decorrenza incarico _____

**Preso atto degli incarichi vacanti di specialistica ambulatoriale, resisi disponibili nella
branca/area professionale di _____, per il DS _____ con
riferimento al IV trimestre 2025**

CHIEDE COMPLETAMENTO ORARIO (art. 20, comma 2)

(indicare espressamente il numero di ore per cui si intende concorrere nell' ipotesi in cui il candidato si avvalga della
facoltà di frazionamento)

per n. _____ ore da assegnare presso _____
per n. _____ ore da assegnare presso _____
per n. _____ ore da assegnare presso _____

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti deli artt.46 e 47 D.P.R. n.445/00 e ss.mm.ii.

Quali requisiti di accesso

- Di essere in possesso del titolo di specializzazione in _____, conseguito
presso _____, in data _____;
- di avere un'anzianità di incarico a far data _____

(indicare la decorrenza del primo incarico, anche a tempo determinato, se non vi è stata soluzione di continuità)

ALLEGATO A

- Di essere titolare di incarichi di specialistica ambulatoriale presso l'ASL di Benevento ed anche presso altre Aziende, che, ancorchè sommati ad altra attività compatibile, non raggiungano il massimale orario consentito di 38 ore settimanali;

Eventuali annotazioni in merito alla presente dichiarazione:

che tutti i dati, le notizie e i fatti riportati nella presente dichiarazione sono veri.

Firmato per esteso