

## ALLEGATO B

[gru.specialisticambulatoriale@pec.aslbenevento.it](mailto:gru.specialisticambulatoriale@pec.aslbenevento.it)

SPETT/LE ASL BENEVENTO

### MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLE PROCEDURE DI ACCORPAMENTO ORARIO EX ART. 20 CO.3 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 ACCORPAMENTO ORARIO PER

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

n. \_\_\_\_\_ ore presso il distretto Sanitario \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ ore presso il distretto Sanitario \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ ore presso il distretto Sanitario \_\_\_\_\_

(art. 20, comma 3) con **contestuale rinuncia** a

n. \_\_\_\_\_ ore presso distretto Sanitario \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ ore presso distretto Sanitario \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ ore presso distretto Sanitario \_\_\_\_\_

## ALLEGATO B

### 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 nell' Asl di Benevento a far data \_\_\_\_\_

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

- di aver svolto almeno 18 mesi di servizio in ciascuna Azienda di provenienza;

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