

ALLEGATO B

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