

AL DIRETTORE DIPARTIMENTO ASSISTENZA PRIMARIA
E CONTINUITA' DELLE CURE
(Tel. 082 254 4491 - Fax 081 254 9182 -
PEC: dip.assistenzaprimaria@pec.aslna1centro.it)

OGGETTO: Richiesta di accorpamento orario ai sensi dell'art. 18 - comma 1 - ACN 17.12.2016 -

Il/la sottoscritt _____

nat _____ a _____ (_____) il _____

tel. Cell. _____ fisso _____, specialista

ambulatoriale in _____ a tempo indeterminato per n. _____ settimanali (totali) presso:

• NAPOLI1 CENTRO ore totali _____ espletate presso Dsb _____ per ore _____ Dsb _____

per ore _____ e/o presso _____ (PO/PSP/PSI/DIPARTM./ecc... dell'Asl Na 1 Centro) per ore _____

e/o presso:

• altre Asl, Aziende Ospedaliere, Inail, Sasn, Ministeri, ecc ..., per complessive ore _____
(Per le Asl indicare i distretti e la distribuzione delle ore.)

con riferimento alle ore pubblicate sul portale dell'Asl Napoli 1 Centro, in data _____,

branca di _____ con anzianità di incarico _____
(Indicare la decorrenza del primo incarico, anche a tempo determinato, se non vi è stata soluzione di continuità.)

fa richiesta di accorpamento presso l'Asl Napoli 1 Centro

di n. _____ ore del proprio orario di incarico attualmente espletato presso _____
(Indicare Asl, Distretti, Azienda Ospedaliera o altri Enti)

ovvero

fa richiesta di incrementare di n. _____ ore il proprio orario già espletato presso l'Asl Napoli 1 Centro.

Consapevole delle responsabilità, anche di natura penale, cui va incontro chi sottoscrive dichiarazioni false o mendaci, anche parzialmente (art. 76 Dpr 445/2000)

dichiara

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

Napoli, _____

In fede

Il presente modello va compilato e inviato, via fax o per PEC, al Dipartimento Assistenza Primaria (ex P.O. Frullone).