

AL DIRETTORE DIPARTIMENTO ASSISTENZA PRIMARIA
E CONTINUITA' DELLE CURE

Tel. 081 2544491- fax 081 2549182

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 _____

Te. Cell. _____ fisso _____

P.e.c. _____ mail _____

specialista ambulatoriale in _____ a tempo indeterminato per n. _____

settimanali (totali) presso ASL Napoli 1 Centro ore totali espletate presso DSB _____ 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/ trasferimento 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 i dati, le notizie e i fatti riportati nella 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)