

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