

COMUNICAZIONE DI DISPONIBILITA' ALL'ESPLETAMENTO DELLE ATTIVITA' PROGETTUALI
art. 41 ACN SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2024

Progetto 5: "Investimento strutturale, tecnologico, strumentale e di risorse umane funzionale all'implementazione delle attività di outreach" di cui al Piano di interventi dell'ASL Salerno, approvato con deliberazione n. 1718 del 13/11/2024.

Al Direttore Generale
ASL Salerno
protocollogenerale@pec.aslsalerno.it

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
cittadinanza _____ codice fiscale _____
residente nel Comune di _____ (prov. _____) CAP _____
al/alla Via/Corso/Piazza _____ n. _____
PEC _____
e-mail _____
cellulare _____ telefono fisso _____
di essere iscritto/a all'Ordine dei/degli
_____ con n° _____ dal ____ / ____ / ____
- laureato/a in _____ il ____ / ____ / ____
con voto _____ presso l'Università di _____
- specializzato/a in _____ il ____ / ____ / ____
con voto _____ presso l'Università di _____
quale titolare di incarico di Specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato, branca Odontoiatria,
presso _____
per n. _____ ore settimanali complessive, con anzianità di servizio
a far data dal _____ .

COMUNICA

la propria disponibilità all'espletamento di 1 turno di 6 ore settimanali per la durata di 6 mesi, rinnovabile semestralmente previsa valutazione fino ad un massimo di 18 mesi, da svolgersi presso il Distretto Sanitario 60 Nocera, il Distretto Sanitario 63 Cava-Costa d'Amalfi, il Distretto Sanitario 65 Battipaglia, il Distretto Sanitario 66 Salerno, il Distretto Sanitario 70 Vallo della Lucania-Agropoli, il Distretto Sanitario 71 Sapri, il PO

Umberto I di Nocera Inferiore, il Poliambulatorio di Salerno in via Martin Luther King, il PO Luigi Curto di Polla e a bordo di motorhome secondo esigenze aziendali, in favore di cittadini stranieri presenti sul territorio di pazienti in condizioni di vulnerabilità socioeconomica.

A tal fine chiede che eventuali comunicazioni siano inviate al seguente indirizzo PEC o e-mail:

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, nato/a a _____ il _____ ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i. e consapevole della decadenza dai benefici, prevista dall'art. 75, e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76, per chi attesta il falso, rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso

dichiara

sotto la propria responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Autorizza, inoltre, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per tutte le finalità istituzionali, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e s.m.i..

Si allega copia della _____ n° _____
rilasciata da _____ il _____

(luogo e data)

(firma)