

Al Responsabile UOSD Medicina Convenzionata e R.A.
medicinadibaseguardiamedica@pec.aslfrosinone.it

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' ALL'AMPLIAMENTO ORARIO
AI SENSI DELL'ART. 20, COMMA 1, ACN 30/3/2020 "Medici Specialisti Ambulatoriali ed altre professionalità sanitarie"
Branca Psicologia 34 h presso la Casa Circondariale di Cassino Distretto D

___l___ sottoscritt ___ Dott.....

Nat _ a.....(prov.....) il.....M_ F_

Codice Fiscale:																	
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comune di residenza.....(prov.....)

Indirizzo Vian.....Cap.....

Recapiti telefonici

Indirizzo e-mail

Indirizzo PEC

Laureato/a il _____, specializzato/a in _____

II _____

Titolare di incarico a tempo indeterminato dal _____ (data prima nomina titolarità)

per complessive ___34___ ore settimanali (alla data presente comunicazione) con articolazione oraria come di seguito riportata:

GIORNI	SEDE	ORARIO
Lunedì		
Martedì	Casa Circondariale di Cassino	8.00-17.00
Mercoledì	Casa Circondariale di Frosinone	08.00-16.00
Giovedì		
Venerdì	Casa Circondariale di Cassino	8.00-17.00
Sabato	Casa Circondariale di Frosinone	08.00-16.00

DICHIARA

☐ di essere / ☐ non essere disponibile ad accettare l'ampliamento orario del turno o dei turni di seguito indicati (barrare quello che interessa) :

☐

n° 34/ore settimanali nella branca di Psicologia

martedì	dalle ore 08.00 alle ore 17.00
mercoledì	dalle ore 08.00 alle ore 16.00
venerdì	dalle ore 08.00 alle ore 17.00
sabato	dalle ore 08.00 alle ore 16.00

presso la Casa Circondariale di Cassino – Distretto D

E' obbligatorio allegare la domanda protocollata di richiesta di concessione variazione/riduzione dell'orario di servizio in essere se in sovrapposizione oraria rispetto al turno/ni che si vuole accettare.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali previste dal DPR 445/2000 e s.m.i. dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero e che è a conoscenza che quanto dichiarato potrà essere sottoposto a verifica in qualsiasi momento.

Data _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a, inoltre, autorizza la ASL di Frosinone al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente dichiarazione per le strette finalità ad essa inerenti.

Data _____

Firma _____