**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 Via ……........................................................................................................n………..Cap....................

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Laureato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, specializzato/a in \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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** |
| Lunedi |  |  |
| Martedi | Casa Circondariale di Cassino | 8.00-17.00 |
| Mercoledi | Casa Circondariale di Frosinone | 08.00-16.00 |
| Giovedi |  |  |
| Venerdi | 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_