

All'Azienda Sanitaria
Provinciale di Palermo

OGGETTO: Dichiarazione di disponibilità allo svolgimento di attività oraria ai sensi dell'AVVISO PNES - Disponibilità Autista - Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES) 2021-2027 - CUP F71H24000100006 - CUP F79G24000170006

(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il
_____, codice fiscale _____, dipendente matricola
n. _____ in _____ servizio presso

_____ residente a via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____, domiciliato/a _____
via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____ tel. _____, cell.
_____, pec personale _____

DICHIARA DI

essere disponibile per lo svolgimento di attività oraria supplementare, da svolgersi fuori dagli orari di servizio.

Dichiara, infine, di essere consapevole e di accettare espressamente:

- che il compenso orario stabilito è assimilato, ai soli fini retributivi, all'importo previsto per l'istituto giuridico dello "straordinario";
- che l'assegnazione degli incarichi avverrà in ordine di arrivo delle domande.

Si allega alla presente:

- dichiarazione sostitutiva relativa a requisiti specifici di attestazione possesso competenze specifiche (possesso patente cat. B o superiore)
- valido documento di riconoscimento

Luogo e data

FIRMA