

All'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

Oggetto: Dichiarazione di disponibilità allo svolgimento di attività Gruppo Lavoro Trasversale di cui all'avviso PNES Regione Siciliana– comparto, per il personale dipendente a tempo indeterminato, ai sensi dell'Avviso PNES - Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES) 2021-2027

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

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____, codice fiscale _____, dipendente afferente al comparto con la qualifica professionale di _____, matricola n. _____, in servizio a tempo indeterminato presso _____, residente in _____ via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____, domiciliato/a in _____ via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____ tel. _____, cell. _____, pec personale _____

DICHIARA

- di ricoprire presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo il suddetto profilo professionale _____, di interesse del presente interpellato, a far data dal _____;
- di essere disponibile per lo svolgimento di attività oraria supplementare, da svolgersi fuori dagli orari di servizio, nella propria sede di servizio o nelle sedi indicate nelle disposizioni di servizio dai Responsabili, e per i compiti di competenza del relativo profilo professionale delineati nell'Avviso in parola;
- di avere esperienza lavorativa, nel campo di riferimento, all'interno dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo o presso altra Azienda Sanitaria/Amministrazione/Ente (specificare datore di lavoro, sede legale, sede di assegnazione, durata): _____;
- di non far parte di altri gruppi di lavoro di Progetti finanziati, già costituiti in Azienda.

Dichiara, infine, di essere consapevole e di accettare espressamente quanto riportato nell'Avviso di che trattasi.

Data e luogo _____

Firma _____

Si allega:

- valido documento di riconoscimento
- Curriculum Vitae in formato europeo, attestante le esperienze lavorative nel campo di riferimento, per il quale si partecipa alla selezione de qua, anche all'esterno dell'ASP; nonché eventuali percorsi formativi.