



All'Azienda Sanitaria
Provinciale di Palermo

OGGETTO: Dichiarazione di disponibilità allo svolgimento di attività oraria ai sensi dell'AVVISO INTERNO ORTOTTISTA PNES - Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES) 2021-2027 – Progetto1 IN.4k.1_02 CUP F71H24000100006

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

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____, codice fiscale _____, laureato/a in _____ il _____ presso l'Università di _____, iscritto/a all'Ordine dei _____, n. _____ dal _____, dipendente matricola n. _____ in servizio presso il _____

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** presso gli Ambulatori di Prossimità del PNES e secondo le esigenze di progetto.

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

- che le attività regolarmente prestate, secondo la previsione del presente avviso, saranno retribuite secondo quanto previsto dal regolamento allegato alla delibera n. 1293 del 19/09/2025.
- che l'assegnazione degli incarichi avverrà in ordine di arrivo delle domande.

Si allega alla presente:

- dichiarazione sostitutiva relativa ai requisiti richiesti
- valido documento di riconoscimento

Luogo e data

FIRMA