

A.S.L. CN2 ALBA/BRA
VIA VIDA, 10
12051 ALBA
aslcn2@legalmail.it

**OGGETTO: DISPONIBILITA' AL COMPLETAMENTO DELL'ORARIO
SETTIMANALE QUALE MEDICO SPECIALISTA AMBULATORIALE
INTERNO**

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a a _____

Il _____ e residente a _____ Via _____

DICHIARA

la propria disponibilità

di rinunciare

al completamento dell'orario finalizzato al raggiungimento del tempo pieno (38 ore settimanali) ai sensi dell'art.20 A.C.N. comma 1 del 31/03/2020 per n° _____ ore settimanali nella branca di _____;

- di essere a conoscenza di quanto previsto dall'art. 20 comma 2 dell' A.C.N. vigente;
- di non trovarsi – alla data di decorrenza dell'incarico - in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dall'autocertificazione informativa “allegato B” che viene debitamente compilata ed inviata unita alla presente con copia di un documento d'identità in corso di validità;

In fede

Firma per esteso