

U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE

Al Direttore della U.O.C. Gestione Risorse Umane
serviziopersonale.aou@pec.unina.it

Il/la sottoscritto/a _____ nat _____ a _____

Il _____ CF _____ recapito telefonico _____

indirizzo di pec _____ indirizzo di posta elettronica ordinaria

consapevole delle pene previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii. per dichiarazioni mendaci e falsità in atti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del suddetto D.P.R.,

DICHIARA

Di essere specialista ambulatoriale interno, a tempo indeterminato, nella branca di Neurologia per

n. _____ ore presso la A.O.U. Federico II con sede di assegnazione _____

e presso i seguenti Enti:

Asl _____ per n. di ore _____

Asl _____ per n. di ore _____

Asl _____ per n. di ore _____

Asl _____ per n. di ore _____

Asl _____ per n. di ore _____

Asl _____ per n. di ore _____

Azienda Ospedaliera _____ per n. di ore _____

Azienda Ospedaliera _____ per n. di ore _____

Azienda Ospedaliera _____ per n. di ore _____

U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE

Azienda Ospedaliera _____ per n. di ore _____

IRCCS _____ per n. di ore _____

IRCCS _____ per n. di ore _____

IRCCS _____ per n. di ore _____

IRCCS _____ per n. di ore _____

Altri Enti _____ per n. di ore _____

Altri Enti _____ per n. di ore _____

Altri Enti _____ per n. di ore _____

Di avere un'anzianità di incarico come specialista ambulatoriale interno a far data _____
(indicare la decorrenza del primo incarico, anche a tempo determinato, se non vi è stata soluzione di continuità).

CHIEDE

L'accentramento orario (art. 20, comma 3, del vigente ACN di riferimento) presso la A.O.U. Federico II per incremento di n. 16 ore da assegnare alla U.O.S.D. Centro per l'Epilessia con contestuale rinuncia di n. _____ ore presso A.S.L./A.O./A.O.U./A.O.R.N./altro (specificare) _____

Luogo e data

In fede

Allegare alla presente istanza un valido documento di riconoscimento.