

All. schema di domanda

Al Commissario Straordinario Asl Latina
uocaccessibilita@ausl.latina.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE - MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'INDIVIDUAZIONE DI DIRIGENTI MEDICI DISPONIBILI AD EFFETTUARE TURNI IN REGIME DI PRODUTTIVITÀ AGGIUNTIVA EX ART. 89 C.C.N.L. AREA SANITA' 23/01/2024 PRESSO LA UOSD PRONTO SOCCORSO E OBI

Il/La sottoscritto/a _____ Matricola _____

in servizio presso la UOC/UOSD/UOS _____ sede _____

CHIEDE

di partecipare alla Manifestazione di interesse per l'individuazione di Dirigenti Medici disponibili ad eseguire turni in regime di produttività aggiuntiva ex art. 89 C.C.N.L. Area Sanita' 23/01/2024 presso la UOSD Pronto Soccorso e OBI:

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- ☐ di essere titolare di rapporto di lavoro alle dipendenze della Asl Latina
a tempo _____ con decorrenza dal ____/____/____;
- ☐ di avere un **rapporto di lavoro esclusivo** con codesta Azienda;
- ☐ di non essere in regime di part-time;
- ☐ di non avere prescrizioni limitative dell'attività lavorativa;
- ☐ di non fruire di riduzione dell'orario di lavoro a vario titolo e/o di congedi riconducibili a diverse disposizioni normative in materia di tutela della maternità o di assistenza (allattamento, maternità, L. 104/92, etc).

Il sottoscritto dichiara di accettare senza riserva i termini e le condizioni previste dall'Avviso di partecipazione e chiede che qualsiasi comunicazione inerente tale Avviso sia inviata all'email aziendale.

Si allega documento di riconoscimento.

_____; ____/____/____
(Luogo) (data)

(firma)

NULLA OSTA DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI ASSEGNAZIONE
alla effettuazione di prestazioni aggiuntive da parte del dipendente:

_____; ____/____/____
(Luogo) (data)

(timbro e firma)