

Alla Direzione Generale ASL n. 8 di Cagliari

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' A SVOLGERE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE
- RAR anno 2023.**

“Il/la sottoscritto/a, nato/a a..... il.....
matricola n.Profilo in servizio presso la Struttura
/Servizio didel Presidio /Distretto,
e-mail _____, numero di cellulare _____ ,

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

Allo svolgimento di “PRESTAZIONI AGGIUNTIVE” volte **alla copertura dei turni notturni secondo la turnistica programmata**, al fine del raggiungimento degli obiettivi strategici regionali di cui alla Delibera della Giunta Regionale n.50/51 (RAR):

A tal fine, ai sensi dell’art. 46 e 47 del DPR 28/12-2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni previste dall’art. 76 dello stesso DPR, dichiara di:

- a) essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo pieno presso l’ASL di Cagliari dal _____ ;
- b) essere esente da limitazioni anche parziali o prescrizioni alle mansioni come certificate dal medico competente;
- c) non godere di agevolazioni nei turni e/o orarie (compresa la L. 104/92) o in orario ridotto a seguito di maternità;
- d) non essere in situazione di debito orario.

Si allega copia di un documento di identità in corso di validità.

Data

Firma

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016, si rende noto che i dati personali forniti dagli interessati saranno raccolti e gestiti dall’ASL di Oristano per le finalità di cui all’avviso e trattati nel rispetto delle disposizioni normative vigenti.