

# ALLEGATO A

[gru.specialisticambulatoriale@pec.aslbenevento.it](mailto:gru.specialisticambulatoriale@pec.aslbenevento.it)

SPETT/LE ASL BENEVENTO

## MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLE PROCEDURE DI COMPLETAMENTO ORARIO EX ART. 20 CO.2 ACN 4 APRILE 2024

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Tel - Cell. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
P.E.C. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
con riferimento alle ore pubblicate sul portale della ASL \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**specialista ambulatoriale a tempo indeterminato** nella branca di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_  
ore presso codesta Azienda:

DS _____	per n° ore settimanali _____	decorrenza incarico _____
DS _____	per n° ore settimanali _____	decorrenza incarico _____
DS _____	per n° ore settimanali _____	decorrenza incarico _____
DS _____	per n° ore settimanali _____	decorrenza incarico _____
DS _____	per n° ore settimanali _____	decorrenza incarico _____

e/o presso

ASL/INAIL/MINISTERO _____	per n° ore settimanali _____	decorrenza incarico _____
ASL/INAIL/MINISTERO _____	per n° ore settimanali _____	decorrenza incarico _____
ASL/INAIL/MINISTERO _____	per n° ore settimanali _____	decorrenza incarico _____
ASL/INAIL/MINISTERO _____	per n° ore settimanali _____	decorrenza incarico _____

**Preso atto degli incarichi vacanti di specialistica ambulatoriale, resisi disponibili nella  
branca/area professionale di \_\_\_\_\_, con riferimento al I trimestre 2025**

### CHIEDE COMPLETAMENTO ORARIO (art. 20, comma 2)

(indicare espressamente il numero di ore per cui si intende concorrere nell' ipotesi in cui il candidato si avvalga della  
facoltà di frazionamento)

per n. \_\_\_\_\_ ore da assegnare presso \_\_\_\_\_  
per n. \_\_\_\_\_ ore da assegnare presso \_\_\_\_\_  
per n. \_\_\_\_\_ ore da assegnare presso \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti deli artt.46 e 47 D.P.R. n.445/00 e ss.mm.ii.

#### Quali requisiti di accesso

- Di essere in possesso del titolo di specializzazione in \_\_\_\_\_, conseguito presso \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_;
- di avere un'anzianità di incarico a far data \_\_\_\_\_

(indicare la decorrenza del primo incarico, anche a tempo determinato, se non vi è stata soluzione di continuità)

- Di essere titolare di incarichi di specialistica ambulatoriale presso l'ASL di Benevento ed anche presso altre Aziende, che, ancorchè sommati ad altra attività compatibile, non raggiungano il massimale orario consentito di 38 ore settimanali;

## ALLEGATO A

Eventuali annotazioni in merito alla presente dichiarazione:

---

---

---

---

---

che tutti i dati, le notizie e i fatti riportati nella presente dichiarazione sono veri.

---

Firmato per esteso