

ALLEGATO 2

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA'

AD INTEGRAZIONE RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA

Allo svolgimento di attività professionale esterna (fuori orario di servizio) ai sensi dell'art. 3-quater D.L. n. 127/2021 convertito dalla L. 165/2021 come modificato dall'art. 13 del D.L. n. 34/2023 convertito dalla L. 56/2023

INVIARE VIA MAIL a: risorseumane@aslsulcis.it

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ C.F. _____

Profilo professionale di inquadramento in ASL Sulcis Iglesiente _____

Recapito telefonico: _____ e- mail _____

istituzionale: _____

DICHIARA IN VIA PREVENTIVA

a. di essere disponibile ad effettuare l'orario aggiuntivo richiesto dall'Azienda in attuazione dei piani di smaltimento e/o recupero delle liste d'attesa, a prescindere dalla situazione delle liste d'attesa riferita alla Struttura di attuale appartenenza;

b. di essere a conoscenza che la dichiarazione di disponibilità è condizione essenziale per l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività professionale esterna;

c. di essere a conoscenza che la mancata effettuazione dell'orario aggiuntivo di cui sopra, senza idonea giustificazione, comporta l'automatica revoca dell'autorizzazione all'attività esterna.

La presente dichiarazione costituisce allegato alla precedente domanda di autorizzazione allo svolgimento di attività professionale esterna già presentata dal/la sottoscritto/a _____

La presente dichiarazione è resa ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, con piena consapevolezza delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci.

_____, li _____

Il/La Dichiarante
(firma leggibile)

Per presa visione

Il Titolare Incarico di
Funzione di Organizzazione
(timbro e firma leggibile)

Il Direttore/Responsabile S.C.
(timbro e firma leggibile)