Al Direttore Generale
ASL Lanciano-Vasto-Chieti
risorse.umane@asl2abruzzo.it

Il sottoscritto

COGNOME_____NOME_____,

dipendente della ASL Lanciano-Vasto-Chieti in qualità di C.P.S. _____,

assegnato alla U.O. _____

CODICE FISCALE:_____

residente in: Via / Piazza _____n°_____

Località: _____ Prov._____C.A.P._____

Recapito telefonico: _____

e mail: _____

manifesta l'interesse a fornire la propria disponibilità all'effettuazione di prestazioni orarie aggiuntive che potranno interessare i tre turni di servizio (mattina-pomeriggio-notte)

☐ presso tutte le sedi aziendali

ovvero

☐ presso le sedi di _____.

secondo le modalità di cui all'avviso pubblicato sul sito web della ASL Lanciano-Vasto-Chieti in data _____.

Presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per i soli fini del presente procedimento.

Luogo e data_____

Firma