



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

Il sottoscritto

COGNOME _____ NOME _____,

dipendente della ASL Lanciano-Vasto-Chieti in qualità di Dirigente Medico, disciplina
di _____ 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