

Il sottoscritt _____, nat il ____/____/____ a _____,
residente in Via/P.zza _____, n° _____, Città _____,
tel./cell. _____, PEC _____ e-
mail _____,

Altro Professionista Sanitario – Psicologo -

DICHIARA

la propria disponibilità per l'accettazione dell'incarico di sostituzione di n° _____ ore settimanali,
come Psicologo da espletarsi, ai sensi dell'art.36 dell'ACN - 2020 presso la ASL di Sassari -

Distretto di Sassari e precisamente:

- N°3 h/sett. presso il Poliambulatorio di Via Tempio, 5 Sassari;
- N°12 h/sett. presso la C. C. Bancali;
- N°15 h/sett. presso il Consultorio di Ploaghe.

Data

Firma

Con la presente si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.lgs. 196/2003

N.B.

La dichiarazione debitamente sottoscritta deve essere presentata unitamente alla copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante, se la sottoscrizione non è stata effettuata in presenza del dipendente addetto (art. 38 DPR 445/2000).

Ai sensi e per gli effetti della L 12 novembre 2011, n. 183 agli uffici pubblici è vietato rilasciare certificati contenenti fatti, stati e qualità personali da esibire ad altre pubbliche amministrazioni o a privati gestori di pubblico servizio.