

**Azienda Ospedaliera Universitaria
Policlinico Tor Vergata**

ca. **UOSD Direzione Tecnica**
Sede

Il/La sottoscritto/a **COGNOME** _____ **NOME** _____ **CELL.**

_____ **e-mail:**

_____ **@** _____

DIPENDENTE DEL POLICLINICO TOR VERGATA, in servizio presso

(N.B. scrivere stampatello CHIARO e LEGGIBILE perché le comunicazioni avverranno esclusivamente via mail)

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO ALL'AVVISO INTERNO RISERVATO AL PERSONALE DIPENDENTE TECNICO DI RADIOLOGIA DEL POLICLINICO TOR VERGATA PER L'EVENTUALE AMMISSIONE ALL'EFFETTUAZIONE DI **ATTIVITA' EXTRAORARIA REMUNERATA COME ALPI** IN SENO AL PROGETTO SPECIALE PER LA RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA PER L'EFFETTUAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE. A TAL FINE, ai sensi degli artt. 46/47 D.P.R. 445 e smi, consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false e mendaci **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' QUANTO SEGUE:**

DI ESSERE DIPENDENTE DEL POLICLINICO TOR VERGATA DAL:	
CON QUALIFICA DI:	
NATURA RAPPORTO ¹ :	
ATTUALMENTE ASSEGNATO/A PRESSO ² :	
DAL ³ :	
TURNAZIONE ⁴ :	
DI NON BENEFICIARE DI ISTITUTI NORMATIVI/CONTRATTUALI CHE COMPORTINO LA RIDUZIONE DELL'ORARIO DI LAVORO	

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA ALTRESÌ DI ACCETTARE SENZA RISERVA LE CONDIZIONI E LA DISCIPLINA DI CUI ALL'AVVISO INTERNO.

Luogo e data _____

In fede _____

¹ Indicare se a tempo indeterminato o a tempo determinato

² Indicare attuale struttura di assegnazione

³ Indicare decorrenza attuale assegnazione

⁴ Indicare se in turnazione H24 o in H12