



## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Periodo: dicembre 2025 – gennaio 2026 – febbraio 2026

Al Direttore Generale ASL AVELLINO  
dott.ssa Maria Concetta Conte

Pec: [gestionerisorseumane@pec.aslavellino.it](mailto:gestionerisorseumane@pec.aslavellino.it)

**OGGETTO:** Domanda di partecipazione alla manifestazione di interesse allo svolgimento delle Prestazioni Aggiuntive riservate al personale del ruolo sanitario del comparto dell'ASL Avellino - Area dei professionisti della salute e dei funzionari - per i Presidi Ospedalieri di Ariano Irpino e Sant'Angelo dei Lombardi, nonché per le strutture del Dipartimento di Salute Mentale - UOC REMS di San Nicola Baronia, la UOSD SPDC - e per gli istituti penitenziari di Ariano Irpino, Avellino e Sant'Angelo dei Lombardi ai sensi della Deliberazione n. \_\_\_\_\_ del //2025.

### IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

In servizio presso la UOC/UOSD \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Presidio Ariano Irpino	<input type="checkbox"/> Presidio Sant'Angelo dei Lombardi
<input type="checkbox"/> UOC REMS di San Nicola Baronia	<input type="checkbox"/> UOSD SPDC
<input type="checkbox"/> Carcere di Ariano Irpino	<input type="checkbox"/> Carcere di Avellino
<input type="checkbox"/> Carcere di Sant'Angelo dei Lombardi	

Profilo professionale \_\_\_\_\_

### MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

allo svolgimento di prestazioni aggiuntive presso la struttura di appartenenza per il periodo dicembre 2025 – gennaio 2026 – febbraio 2026.

A tal fine, Il/la sottoscritto/a, ai sensi del DPR 445/2000 consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni false

**DICHIARA**

1. di essere dipendente dell'ASL Avellino;
2. di appartenere al profilo professionale sopra indicato;
3. di essere disponibile a svolgere le attività di prestazioni aggiuntive al di fuori orario di servizio compatibilmente con le attività istituzionali;
4. di accettare integralmente quanto previsto dall'Avviso Pubblico Interno .
5. di non usufruire, nel mese di richiesta della prestazione aggiuntiva, di Istituti normativi o contrattuali una riduzione dell'orario di lavoro a vario titolo;
6. di non essere destinatario/a di limitazioni/prescrizioni della Medicina del Lavoro;
7. di non fruire di benefici contrattuali correlati all'orario di lavoro.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_