

ALLEGATO 2



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Periodo: GIUGNO – SETTEMBRE 2026

Al Direttore Generale ASL AVELLINO
dott.ssa Maria Concetta Conte

Pec: 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 - in particolare la U.O.C. Salute Mentale in Carcere - R.E.M.S. S. Nicola Baronia - SIRE, la U.O.S.D. SPDC e per la U.O.S.D. Coordinamento della Tutela della Salute in Carcere ai sensi della Deliberazione n. _____ del //2026.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ Matricola _____

Residente in _____ Via _____ n. ____ CAP _____

In servizio presso la **UOC/UOSD/AMBULATORIO** _____

- Presidio Ariano Irpino Presidio Sant'Angelo dei Lombardi
 U.O.C. Salute Mentale in Carcere - R.E.M.S. S. Nicola Baronia - SIRE
 U.O.S.D. SPDC U.O.S.D. C Coordinamento della Tutela della Salute in Carcere

Profilo professionale _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

allo svolgimento di prestazioni aggiuntive presso la struttura di appartenenza per il periodo **GIUGNO – SETTEMBRE 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 _____