

Al Direttore Generale

Al Dirigente

U.O.S. Personale Convenzionato

VIA NAPOLI, 8

72100 Brindisi

protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

Oggetto: dichiarazione sostitutiva atto notorio esclusività rapporto lavoro-**anno 2024-**

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa , nato/a
a il e residente a in
via ,
laureato/a in Medicina e Chirurgia il ,
specializzato/a in ,
iscritto/a all'Albo della Provincia di
.....,PEC
con incarico di Specialista Ambulatoriale interno a tempo indeterminato presso
..... per un numero di ore settimanali,

Ai sensi e agli effetti dell' art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti e di uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del DPR n.445/2000, e consapevole delle decadenze dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

Dichiara

che non svolgerà attività libero professionale (fatto salvo quanto previsto all'art. 42 dello stesso ACN) nel corso dell'anno 2024 nel rispetto delle previsioni normative dell'art. 45.

Chiede pertanto di poter fruire dei benefici economici previsti dall'Articolo 43 comma 1 Lettera B comma 15 o dall'Articolo 44 comma 1 lettera B comma 11 del suddetto ACN.

Data,

firma

Si allega:

1) copia del documento d'identità.