**Allegato 2**

ALLA SC DAPSS

ASST PAVIA

**ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE DA PARTE DEL PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO DEL COMPARTO IN SERVIZIO PRESSO ASST PAVIA**

..I… sottoscritt…………………………………..……………………………....................................................................

nato/a a..………………..….……………… il………………………… matricola n.……………………………………..

cellulare…………………………………................................e-mail……………………………….…….........................

PEC……………………………………………………......................................................................................................

Profilo professionale di inquadramento ………………………………………...........................................................

In servizio presso ..………………………………………………............ sede di ...........................................................

**dichiara di**

* Aver superato il periodo di prova,
* Avere un rapporto di lavoro a tempo pieno,
* Essere esente da limitazioni, anche parziali, sulla base della certificazione del Medico Competente, alle attività in orario aggiuntivo da svolgere,

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE**

all’espletamento di prestazioni aggiuntive compatibili con il proprio profilo professionale di inquadramento e secondo le necessità aziendali, come indicate nell’Allegato 1 del bando:

“AVVISO INTERNO PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE DA PARTE DEL PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO DEL COMPARTO IN SERVIZIO PRESSO ASST PAVIA” pubblicato in data 23 settembre 2024.

Il sottoscritto, inoltre, esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti siano trattati, nel rispetto del Regolamento Europeo sulla protezione del dato 2016/679 (“GDPR”) e del decreto legislativo n.196/2003 – Codice in materia di protezione dei dati personali – per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

|  |  |
| --- | --- |
| Data e luogo …………………………… | Firma ……………………………….. |