



**Oggetto: DICHIARAZIONE DI ADESIONE ALL' ATTIVITA' ALPI QUALE PERSONALE DI SUPPORTO DIRETTO**

Il sottoscritto		cognome		nome	
rapporto di lavoro dipendete con la qualifica professionale di					
In servizio a tempo determinato/indeterminato nella I.U.O. di					
C.F.		tel.		e - mail	

**CHIEDE**

di essere inserito nel gruppo di supporto all'attività libero-professionale intramuraria nei tempi e nei modi previsti nel Regolamento ALPI e, a tal fine

**DICHIARA DI**

1	dare la propria disponibilità per l'U.O./Servizio di		Per max n.		ore/settimanali
2	voler aderire alle modalità di svolgimento segnate		Ambulatoriale		
			Ricovero ordinario		
			Day hospital/day surgery		
			Diagnostica strumentale e di laboratorio		
3	essere in servizio con rapporto di lavoro a tempi pieno				
4	essere in possesso della piena idoneità alla mansione prevista per lo specifico settore per il quale si presenta istanza				
5	fornire la propria disponibilità per un periodo non inferiore a sei mesi				
6	impegnarsi a comunicare l'eventuale revoca della disponibilità con almeno un mese di anticipo, consapevole che in tal caso non potrà essere data nuova disponibilità prima che siano trascorsi sei mesi dalla revoca.				

Luogo e data	Firma
--------------	-------