

**AL DIRETTORE Go.P.S.
DELLA ASL DI VITERBO**

OGGETTO: richiesta di adesione all' acquisto di prestazioni aggiuntive presso i punti prelievi analisi aziendali itineranti della ASL Viterbo (Delibera Direttore Generale n° 450 del 28/03/2017)

Il/La.....in servizio di ruolo dal.....
Presso P.O./Distretto.....
U.O.C.....

Con la qualifica di C.P.S. infermiere si rende disponibile alla esecuzione dei prelievi in regime di prestazioni aggiuntive presso i punti prelievi analisi aziendali itineranti della ASL VT.

A fine di poter definire una graduatoria dichiara:

-di aver prestato la propria attività dal.....al..... presso.....
con la seguente modalità oraria: 6 ore 12 ore 24 ore

-di aver prestato la propria attività dal.....al..... presso.....
con la seguente modalità oraria: 6 ore 12 ore 24 ore

-di aver prestato la propria attività dal.....al..... presso.....
con la seguente modalità oraria: 6 ore 12 ore 24 ore

-di aver prestato la propria attività dal.....al..... presso.....
con la seguente modalità oraria: 6 ore 12 ore 24 ore

-di essere esente da limitazioni anche parziali o prescrizioni alle mansioni come certificato dal medico competente;

Di svolgere altre prestazioni aggiuntive presso:

Viterbo li.....

Il dichiarante