***Manifestazione di interesse a svolgere attività lavorativa aggiuntiva***

*Lo scrivente:*

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*In servizio in qualità di infermiere professionale a tempo indeterminato presso questa asl ed in particolare presso*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ospedale, Distretto, Dipartimento)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (UOC/UOSD)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Comune)

Si rende disponibile ad effettuare attività lavorativa aggiuntiva, al di fuori dell’orario di lavoro presso uno dei centri vaccinali situato nelle seguenti località (Barrare le località scelte, è possibile indicare fino a tre scelte)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Acerra |  | Giugliano |
|  | Afragola  |  | Isola di Ischia |
|  | Bacoli |  | Melito |
|  | Calvizzano |  | Mugnano |
|  | Cardito |  | Pozzuoli |
|  | Casalnuovo |  | Pozzuoli |
|  | Casavatore |  | Procida |
|  | Casoria |  | Quarto |
|  | Frattamaggiore |  | Sant'Antimo |
|  | Frattaminore |

Inoltre, qualora non fosse disponibile la sede da me preferita sono disponibile a valutare di svolgere tale attività presso un altro centro scelto dall’ASL. (barrare la scelta)

|  |  |
| --- | --- |
|  | SI  |
|  | NO |

Mi rendo disponibile a svolgere tale attività per complessive ore settimanali (barrare la scelta preferita)

|  |  |
| --- | --- |
|  | 24h |
|  | 12h |
|  | 6h |

Lo scrivente è consapevole che tale disponibilità non può in alcun modo determinare una riduzione o variazione delle attività lavorative che è chiamato istituzionalmente a svolgere in favore dell’ASL. Inoltre, il sottoscritto è consapevole che l’Azienda terrà conto di tale disponibilità solo qualora sia corrispondente ai bisogni organizzativi determinati dall’attività presso i propri centri vaccinali.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_