

“FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE”  
**ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO**  
Via Mariano Semmola - 80131 NAPOLI

**Avviso di indagine conoscitiva riservata ai titolari di incarico specialistico a tempo indeterminato ai sensi dell’ art. 19 comma 1.**

**fac-simile di manifestazione d’interesse**

Al Direttore Generale  
Istituto Nazionale per lo Studio e la  
Cura dei Tumori  
Fondazione “G. Pascale”  
Via Mariano Semmola  
c.a.p. 80131 NAPOLI

Il/la sottoscritto/a ....., nato/a a .....il.....  
residente a .....(provincia di.....) in Via/Piazza ..... n° .....,  
C.A.P....., Tel .....,Codice Fiscale.....  
Indirizzo mail.....titolare di incarico professionale di  
specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato presso questo Istituto per un totale di n..... ore  
settimanali per la branca ..... o area professionale.....

**dichiara:**

- la propria disponibilità ad accettare l’assegnazione delle ore finalizzate al raggiungimento del tempo pieno (38 ore settimanali) ai sensi dell’ art. 18 comma 1 del vigente A.C.N. per la specialistica ambulatoriale;
- di non trovarsi in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dall’art.25 del vigente A.C.N. per la specialistica ambulatoriale;
- di concedere, ai sensi del D. lgs n° 196 del 30/06/2003, il consenso al trattamento dei dati personali;
- che l’indirizzo al quale deve essere fatta pervenire qualsiasi comunicazione relativa al presente avviso è il seguente: ..... ;

Luogo e Data .....

.....  
(firma per esteso non autenticata)

**(Allegare copia fotostatica di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità ex art. 38 D.P.R. 445/2000)**