

**SERVIZIO SANITARIO REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N. 5 DI ORISTANO**

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' PER ATTIVITA' PROGETTO "ASCOT"**

Il/la sottoscritto/a ..... Codice Fiscale .....  
nat... a ..... Prov (.....) il .....  
residente in ..... CAP .....;  
Via ..... n° .....;  
tel. ...., e-mail: ..... PEC: .....  
Codice ENPAM ..... Codice regionale ..... Matricola .....  
ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole  
delle sanzioni penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto disposto  
dall'articolo 76 del citato DPR

**DICHIARA**

di dare disponibilità al progetto ASCoT presso le sedi che si dovessero rendere disponibili, per slot  
da n° 5/6 ore in conformità con quanto disposto nell'Avviso allegato alla Deliberazione del Direttore  
Generale n° .....

Comunica la propria disponibilità per le sedi Ascot:

1. ....
2. ....
3. Altro.....

Si rende disponibile per i seguenti orari:

<b>ORARIO</b>	<b>LUNEDI</b>	<b>MARTEDI</b>	<b>MERCOLEDI</b>	<b>GIOVEDI</b>	<b>VENERDI</b>
MATTINA					
POMERIGGIO					

**EVENTUALE DISPONIBILITA' SABATO:**

In fede

Data .....

Firma .....