



E-mail amministrazione@sanitaservice.asl.brindisi.it
PEC sanitaservice.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it
Fax 0831510078

Modello A (Ausiliariato-Logistica Ospedaliera)

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

dipendente della Sanitaservice ASL BR srl Matricola _____, nel servizio di _____

categoria/livello _____ presso la sede _____

contatto telefonico _____ e-mail _____

DICHIARA

LA PROPRIA DISPONIBILITA' ALL'AUMENTO DEL MONTE ORARIO SETTIMANALE

- da part-time n.18 ore settimanali a part-time n.24 ore settimanali

_____, _____, _____, _____
(luogo e data

Firma del dipendente
