



E-mail [amministrazione@sanitaservice.asl.brindisi.it](mailto:amministrazione@sanitaservice.asl.brindisi.it)  
PEC [sanitaservice.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it](mailto:sanitaservice.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it)  
Fax 0831510078

**Modello A (SET 118)**

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

dipendente della Sanitaservice ASL BR srl - matricola \_\_\_\_\_, nel servizio di \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ categoria/livello \_\_\_\_\_ in servizio presso la  
postazione \_\_\_\_\_

contatto telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**LA PROPRIA DISPONIBILITA' ALL'AUMENTO DEL MONTE ORARIO SETTIMANALE**

- da *part-time* n.30 ore settimanali a *part-time* n. 32 ore settimanali

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_