



Direzione Generale - Servizio Controllo Interno di Gestione

Settore Attività Distrettuale - Responsabile dr.ssa Silvana De Simone

Al Referente del Comitato Territoriale
per il D.S.B.: della ASLNA1
Dott.

Il sottoscritto titolare di n° ore settimanali di Specialistica
Ambulatoriale nella branca di presso il
DSB UO
Poliambulatorio dell'ASL NA 1 Tel.

Dichiara di partecipare ad attività remunerata da quota variabile e che dette attività non sono riportate nelle
statistiche del progetto finalizzato (art. 31 comma 5):

- 1. Progetto
- 2. Commissioni.....
- 3. Consulenze adoti.....
- 4. Altro.....
- Impegno orario semestrale dedicato all'attività

• Svolto durante l'orario di servizio

• Trattasi di attività prevalente?

Napoli,

Dott.