



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Allegato "2" alla determinazione
N. _____ del _____

Compensi Commissione esaminatrice per la valutazione dei collaboratori professionali sanitari infermieri Cat. D – Aspiranti al trasferimento presso questa Azienda.

Il sottoscritto, Giovanni Piras Collaboratore Assistente Sanitario presso questa Azienda, attesta sotto la propria responsabilità che le attività relative alla Commissione in oggetto, alle quali ha partecipato a titolo di componente, si **sono svolte al di fuori dell'orario di lavoro.**

Oristano, li 17/02/2016

Il dichiarante

Giovanni Piras