

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DISPONIBILI
MEDICISPECIALISTI AMBULATORIALI**

**Marca da bollo
€ 16,00**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ residente a _____ Via/Piazza _____
_____ n. _____ c.a.p. _____
Telefono n. _____ pec _____
e-mail _____

presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura del seguente incarico:

Incarico indivisibile di n. _____ ore settimanali nella branca di _____
presso _____

Incarico indivisibile di n. _____ ore settimanali nella branca di _____
_____ presso _____

Incarico indivisibile di n. _____ ore settimanali nella branca di _____
presso _____

PUBBLICAZIONE QUARTO SECONDO 2018- GIUGNO 2018

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000),

D I C H I A R A

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia (o Odontoiatria) conseguito presso l'Università di _____ in data _____;
2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di _____;
3. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____
_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____
_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

(barrare la casella che interessa)

di essere specialista ambulatoriale interno titolare a tempo indeterminato nella branca di _____; con data di primo incarico (indicare giorno, mese ed anno) _____/_____/_____

presso l'Azienda USL di _____ per complessive n. _____ ore settimanali;

presso il Ministero della Difesa, Ministero di Grazie e Giustizia o altri Enti riconosciuti dall'ACN in vigore per complessive n. _____ ore a decorrere dal _____ c/o la Sede _____

di essere specialista ambulatoriale interno titolare di incarico **a** tempo determinato *(ai sensi dell'art. 20 dell'A.C.N. del 17.12.2015i)* nella branca di _____ presso _____ dal _____ per complessive ore settimanali n. _____

di essere inserito nella graduatoria vigente per la specialistica ambulatoriale interna nella branca di _____ alla posizione n. _____ con punti _____

di non essere inserito nella graduatoria vigente per la specialistica ambulatoriale nella branca pubblicata

di essere medico specialista pediatra di libera scelta

di essere medico di assistenza primaria

di essere medico di emergenza sanitaria territoriale

di essere medico della medicina dei servizi

di essere medico della continuità assistenziale

di essere medico dipendente di struttura pubblica

presso _____

con anzianità di servizio dal _____

dichiara inoltre:

di essere cittadino italiano

di essere cittadino di altro paese appartenente alla UE

(specificare) _____

di fruire / non fruire (1) del trattamento di invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e previdenza sociale;

di fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza;

In caso affermativo, indicare il tipo di rapporto cessato e l'ente erogatore _____

di impegnarsi, in caso di assegnazione di incarico, a rimuovere eventuali situazioni di incompatibilità, come prescritto dal vigente ACN;

di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla privacy, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento;

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza; il domicilio sotto indicato:

c/o _____ CAP _____ Comune di _____

Via _____ n° _____

Tel _____

Data _____

Firma per esteso (*) _____

(*) La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità** (art.38 del DPR 445/00).

e si impegna a comunicare ogni variazione in merito a quanto sopra riportato.

NOTE (2) _____

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, dichiara inoltre che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

In fede

data

firma per esteso (3)

- (1) cancellare la parte che non interessa
- (2) qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".
- (3) ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 **la dichiarazione** è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto **ovvero** sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia **non autenticata di un documento di identità del dichiarante.**