

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI TURNI DISPONIBILI DI
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI**

Raccomandata A.R.

Marca da bollo € 16,00

**AL COMITATO CONSULTIVO DELLA
ROMAGNA PER LA SPECIALISTICA
AMBULATORIALE
Largo Portello, 1
48018 – Faenza (RA)**

Il/La sottoscritto/a _____ nato a
_____ il _____ residente a _____ Via/Piazza
_____ n. _____ c.a.p.
_____ telefono n. _____ pec _____
e-mail _____ presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura
del turno divisibile/indivisibile di n. _____ ore settimanali nella branca
di _____ presso _____
_____ pubblicato nel mese di _____ anno _____

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 _____

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

(barrare la casella che interessa)

- di essere 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 altre Aziende Sanitarie / INAIL/ SASN (*allega dichiarazione dell'Azienda USL o INAIL o SASN dalla quale risulti la situazione degli incarichi ovvero autodichiarazione sostitutiva di certificazione*);
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa (*specificare sede e decorrenza*): _____
- di essere titolare di incarico a tempo determinato (*ai sensi dell'art. 20 ACN 17 dicembre 2015*) nella branca di _____ presso _____ dal _____ per complessive ore settimanali n. _____;
- di essere inserito nella graduatoria vigente per la branca di _____ alla posizione n. _____ con punti _____

dichiara inoltre:

- 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° _____

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).