

Al Direttore Generale
Azienda ULSS 6 Euganea
Via E. Degli Scrovegni, 14
35131 Padova

Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Il sottoscritto Dr. _____,
nato il _____ a _____ (prov. _____),
residente a _____ (prov. _____),
via _____, cap _____
domicilio (compilare solo se non coincide con la residenza) a _____ via _____
_____ cap _____ tel. _____ -
_____ cell. _____, comunica la propria
disponibilità per l'incarico di n. _____ ore sett.li nella branca di
_____ presso _____ e
a tal fine sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste
dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- a) di essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso
l'Università degli Studi di _____ il
_____;
- b) di essere in possesso della laurea in Odontoiatria conseguita presso l'Università degli
Studi di _____ il _____;
- c) di essere iscritto all'Albo professionale (dei Medici Chirurghi o degli Odontoiatri) presso
l'Ordine provinciale di _____;
- d) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
specializzazione in _____ conseguita presso l'Università
degli Studi di _____ il _____;
specializzazione in _____ conseguita presso l'Università
degli Studi di _____ il _____;
specializzazione in _____ conseguita presso l'Università
degli Studi di _____ il _____;

e) di non riportare provvedimenti disciplinari in corso;

DICHIARA ALTRESI'

(barrare e compilare le voci che interessano)

f) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca di _____ che svolge, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, ovvero in diverso ambito zonale della regione o in ambito zonale di altra regione confinante, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale, regolamentata dall'Accordo Collettivo Nazionale con i Medici Specialisti Ambulatoriali interni, Medici Veterinari ed altre Professionalità ambulatoriali sanitarie 17.12. 2015 e precisamente presso:

Azienda ULSS n. _____ per n. _____
ore sett.li dal _____;

Azienda ULSS n. _____ per n. _____
ore sett.li dal _____;

Azienda Ospedaliera di _____ per n. _____ ore sett.li
dal _____;

INAIL.- sede provinciale di _____ per
n. _____ ore sett.li dal _____;

e di avere in qualità di titolare di incarico a tempo indeterminato ai sensi del predetto A.C.N. la seguente anzianità di servizio:

_____;

g) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di regione non confinante, il quale richiede di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità;

h) di essere specialista titolare di incarichi in branche diverse, con esercizio esclusivo di attività ambulatoriale regolamentata dal presente A.C.N., il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore d'incarico;

i) di essere specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato, con esercizio esclusivo di attività ambulatoriale regolamentata dal presente A.C.N., il quale

chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;

l) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolge altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 26, comma 1 ACN (massimale orario);

m) di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa;:

n) di essere medico generico ambulatoriale in servizio dal _____, il quale richiede di ottenere un incarico medico specialistico nella branca in cui è in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico di cui è titolare;

o) di essere inserito nella graduatoria valida per l'anno 2019 dei medici specialisti ambulatoriali interni nella provincia di Padova;

p) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato in qualità di :

- medico di medicina generale presso _____
- dal _____;
- medico specialista pediatra di libera scelta presso _____
- dal _____;
- medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale presso _____
- dal _____

in possesso della richiesta specializzazione e disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro;

q) di essere specialista ambulatoriale (specificare a quale titolo) _____

operante in regione/i non confinanti;

r) altre eventuali informazioni _____

s) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali per la gestione della presente domanda ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Data

Firma

(Allegare copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore)

