

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 seguente laurea:

_____ conseguita presso
l'Università degli Studi di _____ il
_____;

b) di essere iscritto all'Albo professionale degli Psicologi presso l'Ordine Regionale di
_____;

c) 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 _____;

specializzazione in _____ riconosciuta ai sensi dell'art. 3 della legge n. 56/1989 conseguita il presso Istituto.....di.....

specializzazione in _____ riconosciuta ai sensi dell'art. 35 della legge n. 56/1989 riconosciuta dall' Ordine Regionale degli Psicologi di.....dal

d) di non riportare provvedimenti disciplinari in corso;

DICHIARA ALTRESI'

(barrare e compilare le voci che interessano)

e) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nella disciplina 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 ULSS n. _____ per n. _____ ore sett.li dal _____;

Azienda Ospedaliera 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:

_____;

f) 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;

g) 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);

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

i) di essere inserito nella graduatoria valida per l'anno 2019 dei Professionisti
ambulatoriali Psicologi, disciplina di _____ della provincia di Padova;

l) di essere professionista ambulatoriale (specificare a quale
titolo) _____

operante in regione/i non confinanti;

m) altre eventuali informazioni

n) 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)**