

Al Direttore Generale
Azienda ULSS 6 Euganea
Direzione Amministrativa Territoriale
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)

f) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca di _____ che svolge, in via esclusiva, in regione o regioni non confinanti e, precisamente presso:

Regione _____ Azienda ULSS n. _____

per n. _____ ore sett.li **dal*** _____ (*dato obbligatorio ai fini della definizione dell'anzianità di servizio in quanto criterio di priorità ai sensi dell'art. 21, comma 4, ACN Medici SAI);

Regione _____ Azienda ULSS n. _____

per n. _____ ore sett.li **dal*** _____ (*dato obbligatorio ai fini della definizione dell'anzianità di servizio in quanto criterio di priorità ai sensi dell'art. 21, comma 4, ACN Medici SAI);

Regione _____ Azienda ULSS n. _____

per n. _____ ore sett.li **dal*** _____ (*dato obbligatorio ai fini della definizione dell'anzianità di servizio in quanto criterio di priorità ai sensi dell'art. 21, comma 4, ACN Medici SAI);

Regione _____ Azienda ULSS n. _____

per n. _____ ore sett.li **dal*** _____ (*dato obbligatorio ai fini della definizione dell'anzianità di servizio in quanto criterio di priorità ai sensi dell'art. 21, comma 4, ACN Medici SAI);

g) altre eventuali informazioni _____

h) 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)