

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 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 31.03.2020 e precisamente presso:

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

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

