

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 Nazionale dei Biologi \_\_\_\_\_;

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 \_\_\_\_\_;

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 s.m.i. 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;

