

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;

- 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 2021 dei Professionisti ambulatoriali Biologi _____ della provincia di Padova;
- l) professionista non inserito nella graduatoria valida per l'anno 2021 dei Professionisti ambulatoriali Biologi della provincia di Padova, ma in possesso dei requisiti per l'iscrizione alla suddetta graduatoria previsti dall'art. 19 ACN Medici SAI, Medici Veterinari ed altre Professionalità 31.03.2020 e s.m.i.;
- m) di essere professionista ambulatoriale già titolare d'incarico a tempo indeterminato in Regione non confinante;

n) *altre* *eventuali* *informazioni*

-
- o) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali per la gestione della presente domanda ai sensi del D.Lgs 196/2003 così come modificato ed integrato dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Data

Firma

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