

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 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 2022 dei Professionisti
ambulatoriali Psicologi, disciplina di _____ della provincia di Padova;

l) professionista non inserito nella graduatoria valida per l'anno 2022 dei Professionisti
ambulatoriali Psicologi della provincia di Padova, ma in possesso dei requisiti per
l'iscrizione alla suddetta graduatoria previsti dall'art. 19 ACN Medici SAI 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 e s.m.i.

Data

Firma

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

