

Al Direttore Generale  
Azienda ULSS 6 Euganea  
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 17.12. 2015 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 2017 dei Professionisti  
ambulatoriali Psicologi, disciplina di \_\_\_\_\_ della provincia di Padova;

l) di essere professionista ambulatoriale (specificare a quale  
titolo) \_\_\_\_\_

operante in regione/i non confinanti;

m)                               altre                               eventuali                               informazioni

\_\_\_\_\_

n) 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)**