

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 laurea in Medicina Veterinaria conseguita presso  
l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- b)** di essere iscritto all'Albo professionale dei Veterinari presso l'Ordine provinciale 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 \_\_\_\_\_;
- 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 branca 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 \_\_\_\_\_;

Azienda Ospedaliera di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore sett.li  
dal \_\_\_\_\_;

INAIL.- sede provinciale 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 incarichi in branche diverse, con esercizio esclusivo di attività ambulatoriale regolamentata dal presente A.C.N., il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore d'incarico;

**h)** di essere titolare di incarico a tempo indeterminato, con esercizio esclusivo di attività ambulatoriale regolamentata dal presente A.C.N., il quale chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;

*i) 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. 28, comma 1, dell'ACN (massimale orario);*

*l) di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa*

*m) di essere inserito nella graduatoria valida per l'anno 2020 dei medici veterinari nella provincia di Padova, posizione n. \_\_\_\_\_ ;*

*n) di NON essere inserito nella graduatoria valida per l'anno 2020 dei medici veterinari nella provincia di Padova ma, di essere in possesso dei requisiti per l'iscrizione alla suddetta graduatoria previsti dall'art. 19 ACN Medici, Veterinari e altre professionalità sanitarie del 31.03.2020;*

*o) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato in qualità di :*

*- Medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_*

*in possesso della richiesta specializzazione e disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro;*

*p) di essere titolare d'incarico ambulatoriale (specificare a quale titolo) \_\_\_\_\_*

*operante in regione/i non confinanti;*

*q) altre eventuali informazioni*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*r) 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)**