

Marca da bollo
Da € 16.00

DOMANDA PER ATTRIBUZIONE DI TURNI DISPONIBILI DI INCARICO DI
SPECIALISTICA AMBULATORIALE

AL COMITATO ZONALE di CALTANISSETTA
ASP CALTANISSETTA

PEC: *cureprimarie@pec.asp.cl.it*

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa.....,
nato/a a il,
residente in..... prov.....,
via.....
CAP..... Telefono (abitazione-cellulare)

Indirizzo mail:

.....
indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)(obbligatorio):

.....
ai sensi dell'A.C.N. del 04/04/2024 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni,
veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) comunica la propria
disponibilità al conferimento dei seguenti turni di specialistica ambulatoriale nella branca
di:..... resisi vacanti nel Trimestre dell'anno
..... e pubblicati da codesto Comitato Zonale (specificare numero di ore, distretto e
presidio).....
.....
.....

**Il/La sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo di
posta elettronica certificata (PEC)**

.....
A tal fine acclude autocertificazione informativa, corredata di **copia di un documento valido di
identità.**

Data.....

Firma per esteso

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa.....,
nato/a a il.....,
residente in prov,
via.....
CAP.....Telefono (abitazione-cellulare)

indirizzo della propria casella di posta elettronica certificata (PEC)(obbligatorio):

Dichiara, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- di possedere il Diploma di Laurea in
conseguito presso l'Università di
in data..... ;
- di essere abilitato all'esercizio della professione di
presso l'Università di.....;
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
in..... conseguita il.....
presso l'Università.....;
in.....conseguita il.....
presso l'Università.....;
in.....conseguita il.....
presso l'Università.....;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di ;
- avere/non avere subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dal vigente o precedenti Accordi;
in caso affermativo specificare il provvedimento disciplinare:
.....
- di prestare in atto servizio presso
in qualità di
(specificare il tipo di rapporto di lavoro, se dipendente, pubblico o privato, o convenzionato con il SSN)
 - di essere/non essere titolare a tempo determinato
 - di essere/non essere titolare a tempo indeterminatocon anzianità di servizio dal;
- di non fruire di trattamento di quiescenza;

- di dare la propria disponibilità al conferimento dei seguenti turni di Specialistica Ambulatoriale, resisi vacanti nel trimestre dell'anno..... e pubblicati da codesto Comitato Zonale: (specificare distretto, presidio).

.....
.....

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del citato D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra dichiarato è corrispondente al vero.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

DATA

Firma per esteso

.....

Si allega copia di un documento valido di identità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(rilasciata ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

cognome nome

nato/a a _____ (_____) il _____

luogo sigla prov. data

residente a _____ (_____)

comune sigla prov.

indirizzo _____

Via/Piazza e numero civico

consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che la marca da bollo di € 16.00, recante il numero identificativo.....

apposta sulla domanda del per l'attribuzione del turno vacante disponibile di incarico di specialistica ambulatoriale, è stata opportunamente annullata, in modo da non poter essere utilizzata per nessun altro e successivo diverso impiego.

La presente dichiarazione costituisce allegato alla domanda del turno vacante e inviata per PEC in scansione; tale domanda in originale, recante la medesima marca da bollo annullata (con segno indelebile apposto in parte sulla marca da bollo e in parte sul foglio), sarà conservata agli atti del richiedente, per ogni controllo da parte dell'Amministrazione;

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Tutela della Privacy), che i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

luogo e data firma del dichiarante (*)

*La firma non deve essere autenticata, né deve necessariamente avvenire

- Allegare fotocopia di un documento di identità in corso di validità.