

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI TURNI DISPONIBILI DI  
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI**

Raccomandata A.R.

<b>Marca da bollo €</b>  <b>16,00</b>
---------------------------------------------

**AI COMITATO CONSULTIVO ZONALE  
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA  
c/o Azienda USL di BOLOGNA  
Via Sant'Isaia 94/a  
40123 BOLOGNA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_  
Telefono n. \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura dei seguenti turni nella branca di:

- turno indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali presso \_\_\_\_\_
- turno indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali presso \_\_\_\_\_
- turno indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali presso \_\_\_\_\_

PUBBLICAZIONE DEL QUARTO TRIMESTRE 2016 - MESE DICEMBRE 2016

**A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000),**

### D I C H I A R A

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia (o Odontoiatria) conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di \_\_\_\_\_;
3. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:  
\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

*(barrare la casella che interessa)*

- di essere titolare a tempo indeterminato nella branca di \_\_\_\_\_; con data di primo incarico (indicare giorno, mese ed anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
    - presso l'Azienda USL di \_\_\_\_\_ per complessive n. \_\_\_\_\_ ore settimanali;
    - presso il Ministero della Difesa, Ministero di Grazie e Giustizia o altri Enti riconosciuti dall'ACN in vigore per complessive n. \_\_\_\_\_ ore a decorrere dal \_\_\_\_\_
    - c/o Sede \_\_\_\_\_
  - di essere titolare di incarico a tempo determinato (*ai sensi dell'art. 20 dell'A.C.N. del 17.12.2015i*) nella branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ per complessive ore settimanali n. \_\_\_\_\_;
  - di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato e di essere inserito nella graduatoria vigente per la branca di \_\_\_\_\_ alla posizione n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;
  - di essere medico specialista pediatra di libera scelta
  - di essere medico di assistenza primaria
  - di essere medico di emergenza sanitaria territoriale
  - di essere medico della medicina dei servizi
  - di essere medico della continuità assistenziale
  - di essere medico dipendente di struttura pubblica
- presso \_\_\_\_\_  
con anzianità di servizio dal \_\_\_\_\_

**dichiara inoltre:**

- di essere cittadino italiano
- di essere cittadino di altro paese appartenente alla UE  
(specificare) \_\_\_\_\_

**di fruire / non fruire (1)** del trattamento di invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e previdenza sociale;

**di fruire / non fruire (1)** di trattamento di quiescenza;

*In caso affermativo, indicare il tipo di rapporto cessato e l'ente erogatore* \_\_\_\_\_

**di impegnarsi**, in caso di assegnazione di incarico, a rimuovere eventuali situazioni di incompatibilità , come prescritto dal vigente ACN;

**di essere informato**, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla privacy, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza;                      il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso (\*) \_\_\_\_\_

(\*) La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità** (art.38 del DPR 445/00).

**e si impegna a comunicare ogni variazione in merito a quanto sopra riportato.**

NOTE (2) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, dichiara inoltre che quanto sopra corrisponde al vero.**

**Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.**

In fede

data

firma per esteso (3)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- (1) cancellare la parte che non interessa
- (2) qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".
- (3) ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.