

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DI
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI – A.C.N. 05.02.2026.**

**Marca da
bollo € 16,00**

Azienda USL DI PIACENZA

U.O.S. Gestione Personale Convenzionato

contatinfo@pec.ausl.pc.it

Il/La sottoscritto/a _____ nato
a _____ il _____ residente a _____
Via/Piazza _____ n. _____
presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura del turno divisibile/indivisibile di n. _____ ore
settimanali nella branca di _____ presso il
Distretto di _____ pubblicato nel mese di _____ anno _____

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 in possesso del diploma di laurea in Psicologia conseguito presso l'Università di _____ in data _____;
- 3.
4. di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri / Psicologi di _____;
5. 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/area professionale di _____; con data di primo incarico (indicare giorno, mese ed anno) ____/____/____
- presso l'Azienda USL di _____per complessive n. _____ore settimanali;
- presso sedi provinciali INAIL e SASN ;
- ☐ di essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa (specificare _____sede _____e _____decorrenza): _____;
- ☐ di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato e di essere inserito nella graduatoria vigente per la branca/ area professionale di _____alla posizione n. _____con punti _____
- ☐ medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano;
- ☐ di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato e di non essere inserito nella graduatoria vigente per la branca pubblicata;

dichiara inoltre:

- 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.

Numero di telefono _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Indirizzo di posta elettronica certificata AL QUALE VERRA' INDIRIZZATA OGNI COMUNICAZIONE INERENTE LA PUBBLICAZIONE _____

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).**