

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DI  
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI – A.C.N. 04.04.2024.**

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) / Psicologia conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri / Psicologi 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/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).**