

(fac-simile di domanda)

Al Comitato Zonale
Medici Specialisti Ambulatoriali
c/o Ufficio Convenzioni
Via Curtatone 54
52100 AREZZO

RACCOMANDATA R.R.

Il sottoscritto comunica la propria disponibilità al conferimento del seguente turno di specialistica ambulatoriale o altre professionalità – tempo indeterminato e, in subordine, tempo determinato - pubblicato dall'Azienda USL 8 nel mese di marzo 2010:

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione dell'atto di notorietà, consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'art.76 del citato D.P.R., sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Comune di Nascita _____
Residenza: Via/Piazza _____
Comune _____ prov. _____
Tel. _____ Cell. _____

Eventuale domicilio, se diverso dalla residenza, a cui dovranno essere inviate le comunicazioni:

Di essere laureato in _____ con voto _____
presso l'Università di _____;

Di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ (medico
chirurgo o odontoiatra o biologo o chimico o psicologo) nella sessione _____
presso l'Università di _____;

Di essere iscritto all'Albo professionale _____ presso l'Ordine
provinciale di _____ dal _____;

Di essere in possesso della specializzazione in branca principale in _____
conseguita il _____ presso l'Università di _____ con
voto _____;

Di essere in possesso delle seguenti ulteriori specializzazioni:

Di essere / non essere in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art.15 A.C.N. Specialistica
ambulatoriale. In caso affermativo specificare l'incompatibilità:

Di svolgere i seguenti incarichi compatibili a tempo determinato / indeterminato (indicare la natura
giuridica e il monte orario sett.le):

Di essere disponibile, nel caso di conferimento di un incarico, a rinunciare ad eventuali incarichi
incompatibili o a ridurre gli incarichi in atto nel caso il monte orario superi 38 ore sett.li. SI / NO

Allega alla presente domanda curriculum formativo e professionale datato e firmato con allegato
tutte le fotocopie che si ritiene necessario per la valutazione dei titoli (solo se specialista fuori
graduatoria provinciale o nel caso il turno prevede il vaglio di particolari requisiti) SI / NO

DATA _____

FIRMA
