ASLNuoro

RACCOMANDATA A.R.

Al Comitato Consultivo Zonale dei
Medici Specialisti Ambulatoriali
della Provincia di Nuoro
c/o ASL di Nuoro
Via Deffenu, 42– 08100 NUORO -

DICHIARAZIONE DISPONIBILITA' TURNI VACANTI

Il sottoscritto Dott. _____ nato il _____
residente a _____ C.A.P. _____ (prov. di _____)
Via _____ n. _____ Recapiti Tel._____
_____

per l'esecuzione di prestazioni medico specialistiche

nella branca di _____secondo il seguente ordine di priorità:

n. ore _____ presso il Poliambulatorio di _____ ASL n° ____
n. ore _____ presso il Poliambulatorio di _____ ASL n° ____
n. ore _____ presso il Poliambulatorio di _____ ASL n° ____
n. ore _____ presso il Poliambulatorio di _____ ASL n° ____
n. ore _____ presso il Poliambulatorio di _____ ASL n° ____

a tal fine dichiara

ai sensi dell'art. 46 DPR n. 445/2000 *sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero (art. 76 del DPR 445/200.)*

a) di essere iscritto all'albo professionale dei medici chirurghi e odontoiatri di _____
b) di aver conseguito laurea in _____ il _____
c) di aver conseguito specializzazione in _____ il _____
(per turni di Odontoiatria) di essere iscritto all'Albo degli Odontoiatri dal _____
d) di avere / non avere in corso provvedimenti disciplinari (se sì indicare il tipo di provvedimento)
_____ dal _____

1) di essere **medico specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato,** ai sensi dell'ACN
di n. ore_____ dal ____ _____ presso _____
di n. ore_____ dal _____ presso _____
di n. ore_____ dal _____ presso _____

con **anzianità di incarico** dal _____ presso _____

(*nel caso lo specialista si trovi in questa posizione*) dichiara :

- di essere specialista che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN per la Medicina Specialistica Ambulatoriale **SI NO**
- di svolgere altra attività compatibile per la quale è soggetto alle limitazioni di orario: **SI NO**
- di essere titolare di pensione a carico diverso dall'ENPAM: **SI NO**

---

2) di essere:

a) **titolare di medicina generale** dal _____ presso _____
b) titolare di pediatria di libera scelta dal _____ presso _____
c) titolare di medicina dei servizi dal _____ presso _____
d) titolare di continuità assistenziale dal _____ presso _____
e) dipendente di struttura pubblica dal _____ presso _____

Le categorie di medici descritti sub a)- b) – c) – d) – e) – devono essere in possesso del titolo di specializzazione nella branca e dichiarare, altresì, la disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro.

---

3) di essere medico specialista ambulatoriale **titolare di incarico a tempo determinato,** (**automaticamente rinnovabile**) ai sensi **dell'art. 23, comma 10** dell'AC N
di n. ore_____dal _____ al _____ presso _____
di n. ore_____dal _____ al _____ presso _____
di n. ore_____dal _____ al _____ presso _____

con **anzianità di incarico** (fare riferimento sempre ad incarico automaticamente rinnovabile), dal_____ presso _____

(nel caso lo specialista si trovi in questa posizione) dichiara :

- di essere specialista che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN della Medicina Specialistica Ambulatoriale: **SI NO**
- di svolgere altra attività compatibile per la quale è soggetto alle limitazioni di orario: **SI NO**
- di essere titolare di pensione a carico diverso dall'ENPAM: **SI NO**

---

4) di essere medico specialista ambulatoriale **titolare di incarico a tempo determinato,** (**NON automaticamente rinnovabile**) ai sensi **dell'art. 23, comma 11** dell'ACN della Medicina Specialistica Ambulatoriale

di n. ore_____dal _____ al _____ presso _____
di n. ore_____dal _____ al _____ presso _____
di n. ore_____dal _____ al _____ presso _____

5) di essere

- ☐ **inserito nella graduatoria** provinciale di Nuoro
- ☐ **non inserito nella graduatoria** provinciale di Nuoro

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi del DLgs 30.06.2003 n° 196 "Codice Privacy" che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Si allega copia fotostatica non autenticata del documento di identità ai sensi dell'art. 38 comma 3 DPR 445/2000.

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

data _____

firma

_____