

RACCOMANDATA A.R.

Azienda Sanitaria Nuoro – Comitato Consultivo  
Zonale Specialistica Ambulatoriale  
Via Demurtas, 1  
08100 NUORO**DICHIARAZIONE DISPONIBILITA' TURNI VACANTI**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Recapiti Tel. \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

per l'area professionale di:

 **PSICOLOGIA** **MEDICINA SPECIALISTICA: BRANCA** \_\_\_\_\_ **VETERINARIA:**                       **AREA A**                                       **AREA B**                                       **AREA C**

e in modo specifico, per le seguenti ore:

**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 445/2000.)**

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 \_\_\_\_\_

---

2) di essere:

- inserito nella graduatoria Zonale** di Nuoro, al n. \_\_\_\_\_ con punti n. \_\_\_\_\_
- non inserito nella graduatoria Zonale** di Nuoro

3) di essere

- a) titolare di medicina generale dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- b) titolare di pediatria di libera scelta dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- c) medico dipendente del SSN dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

*Le categorie dei medici sopra descritte – devono essere in possesso del titolo di specializzazione nella branca e dichiarare, altresì, la disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro.*

---

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

\_\_\_\_\_