

RACCOMANDATA A.R.

ASSL Nuoro – sede del Comitato Consultivo
Zonale Specialistica Ambulatoriale
Via Amerigo Demurtas, 1
08100 NUORO

DICHIARAZIONE DISPONIBILITÀ 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:

- MEDICINA SPECIALISTICA: BRANCA** _____
- PSICOLOGIA**
- VETERINARIA:** **AREA A** **AREA B** **AREA C**

e in modo specifico, per le seguenti ore:

secondo il seguente ordine di priorità:

ASSL/ Altro	Sede Struttura	N° ore
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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
