

DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI TURNI DISPONIBILI A SPECIALISTI/VETERINARI/PROFESSIONISTI AMBULATORIALI

Marca da bollo
da € 16,00

All'Azienda USL Toscana Sud-Est
Pec: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

Il sottoscritto _____
Data di nascita _____ Comune di Nascita _____ prov. _____
Residenza: Via/Piazza _____ Comune _____ prov. _____
Cell. _____ e-mail _____
Posta elettronica certificata (cd. Indirizzo PEC) _____ (obbligatoria).

Comunica

la propria disponibilità al conferimento del seguente incarico/dei seguenti incarichi di specialistica/veterinaria/professionalità sanitarie ambulatoriali, pubblicati dall'Azienda USL Toscana sud-est nel mese di Giugno 2021:

Branca/Area professionale: _____

Descrizione del turno o dei turni, in ordine di priorità di scelta (specificare ambito provinciale, tipologia d'incarico, sede e orario, come indicati nel bando di pubblicazione):

N.B. Il candidato che vuole partecipare a più di un turno, deve presentare una sola domanda per branca/area professionale, ove siano specificati tutti i turni cui è interessato a partecipare (non è necessario presentare una domanda per ogni turno della medesima branca/area professionale);

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

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

- di essere in possesso del diploma di laurea in _____ conseguito presso l'Università di _____ in data _____;

-di essere iscritto all'Albo professionale _____ presso l'Ordine provinciale di _____ dal _____ al n. _____;

-di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

-in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ o presso Istituto _____ riconosciuto ai sensi artt.3 e 35 L.5

-in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ o presso Istituto _____ riconosciuto ai sensi artt.3 e 35 L.5

(Barrare con una X la parte in interesse):

di essere titolare di incarico di specialistica/veterinaria/professionalità ambulatoriale a tempo indeterminato dal _____ (indicare la data del primo incarico in qualità di specialista/veterinario o professionista ambulatoriale); di prestare servizio presso _____ (indicare Azienda USL o INAIL o SASN o Ministero della Difesa) per complessive ore settimanali _____ dal _____;

di non essere titolare di incarico di specialistica/veterinaria/professionalità ambulatoriale a tempo indeterminato e di essere iscritto nella graduatoria vigente per la branca/area professionale di _____ ambiti provinciali di: Arezzo, Grosseto, Siena;

di non essere titolare di incarico di specialistica/veterinaria/professionalità ambulatoriale a tempo indeterminato e di non essere iscritto nelle graduatorie vigenti per la branca pubblicata degli ambiti provinciali di codesta azienda;

di essere titolare di altro rapporto di lavoro, in qualità di (cancellare la voce che non interessa): medico di medicina generale/medico specialista pediatra di libera scelta/medico dipendente del SSN presso _____ e disponibile a convertire completamente il rapporto di lavoro;

diversamente, specifica di seguito i rapporti convenzionali o di dipendenza a tempo determinato o indeterminato, che parimenti ha in atto con strutture pubbliche o private:

Dichiara inoltre:

Di essere disponibile, nel caso di conferimento di un incarico, a rinunciare ad eventuali incarichi incompatibili o a ridurre gli incarichi in atto, nel limite del massimale orario di 38 ore settimanali.

Di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

DATA _____

FIRMA

Allegato: fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.