Alla ASSL di NUORO

dir.asslnuoro@pec.atssardegna.it

MEDICINA SPECIALISTICA

ORE PROG. ABBATTIMENTO LISTE D'ATTESA-

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ ,

nato/a _____ il_____residente a_____

in via _____, E-Mail _____

Telefono_____ **pec:**_____

DICHIARA DI ESSERE:

Laureato in _____ _____ presso _____

_____ in data _____, Specializzato in_____

_____ presso _____ in data _____,;

Iscritto all'Albo professionale dei_____ _____ in data _____

abilitato all'esercizio della professione di _____ con annotazione della specializzazione in _____

CHIEDE DI PARTECIPARE ALL'ATTRIBUZIONE DELLE SEGUENTI ORE DI INCARICO A TEMPO DETERMINATO FINALIZZATO ALL'ABBATTIMENTO DELLE LISTE D'ATTESA DELLA DURATA NON SUPERIORE A SEI MESI EVENTUALMENTE RINNOVABILE:

ASSL/ALTRO	SEDE	BRANCA/AREA PROFESS.	NUMERO ORE

A TAL FINE DICHIARA DI ESSERE

◌☐ **NON titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato** con il S.S.N., che si trova nella situazione appresso specificata ai sensi dell'A.C.N. 31/03/2020 art. 21 comma 2

lett. h) specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'articolo 19 del presente Accordo in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi. L'accettazione dell'incarico a tempo indeterminato comporta la cancellazione dalla graduatoria valida per l'anno in corso; **Posizione in grad. _____**

***Dichiara che l'incarico sopra indicato è svolto presso la seguente sede di servizio :_____ _____(indicare ente, comune e provincia) e decorre dal giorno _____(indicare la decorrenza dell'incarico a tempo determinato).**

DATA _____ FIRMA_____

si allega documento di identità in corso di validità