

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI

PUBBLICAZIONE DEL MESE DI _____ TRIMESTRE _____ ANNO _____

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

il _____ con recapito in _____

Telefono _____ E-Mail _____

N.B. Specificare: località, indirizzo, C.A.P. ove trasmettere eventuali comunicazioni

Chiede di partecipare all'attribuzione delle ore pubblicate per l'area professionale di:

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

PER LE SEGUENTI ORE: (indicare anche poliambulatorio sede)

DICHIARA DI ESSERE (ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000)

In possesso del diploma di laurea ovvero della laurea specialistica in _____ conseguito
in data _____ con voto ____/____; in possesso della specializzazione in _____
conseguita in data _____ con votazione ____/_____.

- titolare di rapporto convenzionale con il S.S.N. a tempo indeterminato**, A.C.N. 29/07/2009 art. 23 comma 1
lett. a) stesso ambito zonale di pubblicazione del turno;
lett. b) diverso ambito zonale della stessa regione o regioni limitrofe
lett. d) altro ambito zonale
lett. e) titolare che chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;
lett. f) stesso ambito zonale che svolge attività soggetta a limitazione oraria ex art. 16;
lett. g) Ministero della Difesa, Ministero di Grazia e Giustizia, INAIL e SASN;
DECORRENZA DELL'INCARICO _____ INDICARE A.S.L./ ENTI _____
- titolare di rapporto convenzionale annuale con il S.S.N. a tempo determinato**, art. 23 comma, 1 lett. h)
DECORRENZA DELL'INCARICO _____ INDICARE A.S.L./ ENTI _____
- titolare di pensione a carico Enti diversi dall'ENPAM ai sensi dell'art. 23, comma 1 lett. i)**
DECORRENZA DELL'INCARICO _____ INDICARE A.S.L./ ENTI _____
- medico di medicina generale, pediatra di libera scelta**, medico di medicina dei servizi, medico della continuità assistenziale, medico dipendente di struttura pubblica che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro art. 23 comma 1 lett. l) (specificare sede di lavoro, tipo di rapporto e decorrenza)

- medico/ veterinario/biologo/chimico/psicologo** inserito nella graduatoria vigente, posizione N° _____
- ALTRO** (specificare) _____

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, e che quanto sopra corrisponde al vero; dichiara altresì 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.

Eventuali comunicazioni dovranno essere inviate al seguente indirizzo:SI ALLEGA COPIA FOTOSTATICA DEL DOCUMENTO
DI IDENTITA' DEL SOTTOSCRITTORE.

Dr. _____ Via _____ n° _____ C.A.P. _____

Città _____ TEL. _____ Cell. _____

E-Mail _____

DATA _____

FIRMA _____