SC MEDICINACONVENZIONATA

ASSL SASSARI

medicinaconvenzionata.asslsassari@atssardegna.it

Oggetto: Attribuzione ore Medicina Specialistica Ambulatoriale per Completamento Orario ai sensi dell'art.20 ACN 2020 (come integrato dall'ACN.20.05.2021).

**BRANCA DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat\_ il\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in Via/P.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n°\_\_\_\_, Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel./cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *e-mail* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Specialista ambulatoriale ai sensi dell’ACN-20 nella Branca di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**con anzianità d'incarico a tempo indeterminato dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(data e sede primo incarico di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato nella Branca ):**

CHIEDE

di partecipare all'assegnazione dei turni disponibili nella Branca indicata in oggetto pubblicati in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ai sensi dell'art. 20 dell'ACN 31.03.2020 (completamento orario) e di seguito indicati.

 n. ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c/o la Sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 n. ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c/o la Sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 n. ore settimanali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c/o la Sede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 a tal fine

**DICHIARA**

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445 del 24/12/2000 consapevole delle sanzioni penali in cui incorrerà nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, così come disposto dall’art. 76 del D.P.R. n° 445/2000:

di essere titolare di un incarico di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato nella Branca Specialistica di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_svolta nelle ASSL di:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ASL | dal | al | n. totale ore sett.li |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* di essere titolare di un incarico di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato presso l’ASSL di Sassari dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella branca specialistica di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di avere conseguito il titolo di studio: Diploma di laurea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,presso l’Università di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di avere conseguito il titolo di Specializzazione in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Con la presente si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.lgs. 196/2003**

**N.B.**

La dichiarazione (debitamente sottoscritta) deve essere presentata unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, se la sottoscrizione non è stata effettuata in presenza del dipendente addetto (art. 38 DPR 445/2000).

Ai sensi e per gli effetti della L 12 novembre 2011, n. 183 agli uffici pubblici è vietato rilasciare certificati contenenti fatti, stati e qualità personali da esibire ad altre pubbliche amministrazioni o a privati gestori di pubblico servizio.