

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI  
DI MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Raccomandata A/R

Marca da bollo da 16,00 euro
---------------------------------

AL COMITATO ZONALE  
A.S.Re.M. di Campobasso  
Via Ugo Petrella, 1  
86100 CAMPOBASSO  
asrem@pec.it

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ E- mail \_\_\_\_\_

DICHIARA

la propria disponibilità all'accettazione dei seguenti turni di medica specialistica ambulatoriale pubblicati nel \_\_\_\_\_ trimestre dell'anno \_\_\_\_\_

✓ Turno di n° \_\_\_\_\_ ore settimanali presso \_\_\_\_\_

✓ Turno di n° \_\_\_\_\_ ore settimanali presso \_\_\_\_\_

✓ Turno di n° \_\_\_\_\_ ore settimanali presso \_\_\_\_\_

✓ Turno di n° \_\_\_\_\_ ore settimanali presso \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente ai sensi dell'art. 76 del D.P.R n° 445/2000 e che qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. n° 445/2000).

## DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia (o Odontoiatria) conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
  2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di \_\_\_\_\_
  3. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
    - a) specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_
    - b) specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_
- di essere titolare di incarico di medicina specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato nella branca di \_\_\_\_\_ con decorrenza \_\_\_\_\_
- presso l'Azienda USL di \_\_\_\_\_ per n° \_\_\_\_ ore settimanali
  - presso il Ministero della Difesa, Ministero di Grazia e Giustizia o altri Enti riconosciuti dall'A.C.N. 31 marzo 2020 per n° \_\_\_\_ ore settimanali con decorrenza \_\_\_\_\_
  - presso (altra sede) \_\_\_\_\_
- di essere titolare di incarico di medicina specialistica ambulatoriale a tempo determinato ai sensi dell'art. 22 dell'A.C.N. 31 marzo 2020 nella branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ con decorrenza \_\_\_\_\_
- di non essere titolare di incarico di medicina specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato e di essere inserito nella graduatoria vigente per la branca di \_\_\_\_\_
- di essere medico specialista pediatra di libera scelta
- di essere medico di assistenza primaria
- di essere medico di emergenza sanitaria territoriale
- di essere medico della medicina dei servizi
- di essere medico della continuità assistenziale
- di essere medico dipendente di struttura pubblica presso \_\_\_\_\_ con decorrenza \_\_\_\_\_

di fruire / non fruire del trattamento di invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente ai sensi del Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e Previdenza Sociale;

di fruire / non fruire di trattamento di quiescenza  
(in caso affermativo indicare il tipo di rapporto cessato e l'Ente erogatore);

di impegnarsi, in caso di assegnazione di incarico, a rimuovere eventuali situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 27 dell'A.C.N. 31 marzo 2020;

di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla privacy, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità ( art. 38 del D.P.R. n° 445/2000.

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni variazione in merito a quanto sopra riportato:

---

---

---

---

---

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto 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.

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_