

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA: Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

Art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale Aprile 2024 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi)

All'ASST sede del Comitato zonale di Brescia

Il/la sottoscrittnat a
.....prov (.....) ilM_F_ Codice
Fiscale.....

Comune di Residenza.....(prov)

Indirizzo..... n. cap
.....

Telefono.....

PEC

Chiede di essere incluso nella graduatoria di disponibilità alla copertura di incarichi provvisori, a tempo determinato o per sostituzione (art 19, comma 12 ACN Aprile 2024) per l'anno 2025:

- ☐ medici specialisti: branca di
- ☐ Odontoiatri
- ☐ medici veterinari: area.....
- ☐ biologici
- ☐ chimici
- ☐ professionisti psicologi
- ☐ professionisti psicoterapeuti

Ai sensi dell'ACN Aprile 2024 e s.m.i. art. 19 comma 12 relativamente all'ambito zonale di Brescia per l'anno 2025.

A tal fine acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria.

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo PEC

.....

Data..... Firma per esteso autografa.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIO

Ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n 445

Il sottoscritt nat a prov

(.....)il.....M___F___Codice Fiscale.....

Comune di Residenza.....(prov)

Indirizzo..... n. cap

..... Consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n 445

DICHIARA

Ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

- ☐ di essere cittadino italiano;
- ☐ di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare)
- ☐ di essere cittadino del seguente stato.....ed in possesso di uno dei requisiti di cui art. 38 comma 1 e 3bis del D.lgs. n.165/2001 e s.m.i. (cfr. punto 1 delle Avvertenze Generali)

☐ di possedere ☐ il diploma di laurea ovvero ☐ la laurea specialistica della classe corrispondente in (medicina e chirurgia – odontoiatrica e protesi dentaria – medicina veterinaria – scienze biologiche – chimica – psicologia) conseguita presso l'Università.....in data/...../..... (cfr. punto 2 delle Avvertenze Generali)

☐ di essere abilitato abilitato all'esercizio della professione di (medico chirurgo – odontoiatra – medico veterinario – biologo – chimico – psicologo) nella sessione presso l'Università di.....

☐ di essere iscritto all'Albo professionale dei/deglipresso l'Ordine provinciale/regionale di dal/...../.....

- Di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

..... conseguita il/...../..... presso l'Università di

- Di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

..... conseguita il/...../..... presso l'Università di

- Di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

..... conseguita il/...../.....

presso l'Università di

☐ di essere ☐ di non essere iscritto nelle graduatorie definitive degli specialisti ambulatoriali dell'anno 2025 sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n. 2016/679/EU (art.13) che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data Firma autografa e per esteso.....