



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

- di essere in possesso del Diploma di Specializzazione (art.17 comma 4 lett. d, ed art.18 comma 6 del vigente A.C.N.) conseguito presso _____ in data _____
- di essere in possesso della specializzazione in _____ conseguita in data _____ presso _____
- di essere iscritto all'Albo Professionale dei _____ della provincia di _____ dal _____ o di essere iscritto all'Ordine provinciale dei medici e odontoiatri della provincia di _____ dal _____;

Note _____

DICHIARA DI ESSERE

- Specialista iscritto nella graduatoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali dell'ASP di Catanzaro valida per l'anno 2019 per la branca _____ nella posizione n. _____ (Art. 20, comma 2);
 - specialista non iscritto nella graduatoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali dell'ASP di Catanzaro, disponibile a ricoprire l'incarico ed in possesso dei requisiti previsti dal vigente A.C.N. e s.m.i. (art. 20 comma 3);
 - Allo specialista ambulatoriale, e al professionista incaricato a tempo determinato compete lo specifico trattamento economico di cui all'art.46 e s.m.i.
 - Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.
 - di essere disponibile a rinunciare ad eventuali cause ostantive al conferimento dell'incarico di specialista ambulatoriale;
 - di non trovarsi in una delle condizioni previste dall'art. 25 dell'ACN 17/12/2015;
 - di rinunciare (eventuali ore) _____
 - dichiara altresì, sotto la propria responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero. Autorizza, inoltre, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per tutte le finalità istituzionali, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n.196 e s.m.i.
- _____ sottoscritto _____, infine, chiede che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga inviata al seguente indirizzo pec _____

Data _____

Firma _____



DA COMPILARE E TRASMETTERE OBBLIGATORIAMENTE SOLO IN CASO DI TRASMISSIONE A MEZZO PEC

ATTENENDOSI ALLE INDICAZIONI RIPORTATE IN CALCE.

DICHIARAZIONE

ai sensi ed agli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i.

__Sottoscritt__ Dott. _____, nato a _____,
il _____ indirizzo pec _____ in riferimento alla
domanda di partecipazione _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere;

1. di avere assolto al pagamento di bollo di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo della presente domanda trattenuto presso il/la sottoscritta/o; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16,00 applicata è la seguente:

a. data e ora di emissione _____

b. IDENTIFICATIVO n. _____

di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione;

Allegare documento di identità in corso di validità

Data _____

firma per esteso e leggibile