DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEI TURNI DISPONIBILI A SPECIALISTI/VETERINARI/PROFESSIONISTI AMBULATORIALI

All'Azienda USL Toscana Sud-Est
Pec: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

Il/la sottoscritto/a _____

Data di nascita _____ Comune di Nascita _____ prov. _____

Residenza: Via/Piazza _____Comune _____ prov. _____

Cell. _____ e-mail_____pec_____

Comunica

la propria disponibilità al conferimento dei seguenti incarichi di specialistica/veterinaria/professionalità sanitarie ambulatoriali, pubblicati dall'Azienda USL Toscana sud-est nel mese di Giugno 2023:

Branca specialistica/Area professionale/Branca Veterinaria di: :

_____

Descrizione del turno o dei turni, **in ordine di priorità di scelta** (specificare ambito provinciale, tipologia d'incarico, sede e orario, come indicati nel bando di pubblicazione):

1)_____

2)_____

3)_____

4)_____

5)_____

6)_____

7)_____

8)_____

9)_____

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione dell'atto di notorietà, consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, ai sensi dell'art.76 del citato D.P.R., sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere in possesso del diploma di laurea in _____ conseguito presso l'Università di _____ in data _____;
- di essere iscritto all'Albo professionale _____ presso l'Ordine provinciale di _____ dal _____ al n. _____;
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
- in_____conseguita il_____presso l'Università di _____ o presso Istituto _____riconosciuto ai sensi artt.3 e 35 L.5
- in_____conseguita il_____presso l'Università di _____ o presso Istituto _____riconosciuto ai sensi artt.3 e 35 L.5

(Barrare con una X la parte in interesse):

☐ di essere titolare di incarico di specialistica/veterinaria/professionalità ambulatoriale a tempo indeterminato dal _____ (indicare la data del primo incarico a tempo indeterminato in qualità di specialista/veterinario o professionista ambulatoriale conferito dall'Azienda _____);

☐ di prestare attualmente servizio in qualità di specialista/veterinario o professionista ambulatoriale a tempo indeterminato/determinato presso _____(indicare Azienda USL/INAIL/SASN/Ministero della Difesa) per complessive ore settimanali _____ dal _____;

☐ di non essere titolare di incarico di specialistica/veterinaria/professionalità ambulatoriale a tempo indeterminato;

☐ di essere iscritto nella graduatoria vigente, di cui all'art.19 comma 10 dell'ACN/2020 e smi, per la branca/area professionale di _____ prov. di: ☐ Arezzo, ☐ Grosseto, ☐ Siena;

☐ di essere iscritto nella graduatoria vigente, di cui all'art.19 comma 12 dell'ACN/2020 e smi, per la branca/area professionale di _____ prov. di: ☐ Arezzo, ☐ Grosseto, ☐ Siena;

☐ di essere iscritto nell'elenco riservato ai laureati in Odontoiatria e protesi dentaria, non in possesso di uno dei titoli di specializzazione di cui all'allegato 2) ACN/2020 e smi, ed ai laureati in medicina e chirurgia iscritti all'albo degli odontoiatri;

☐ di essere titolare di altro rapporto di lavoro, in qualità di (cancellare la voce che non interessa): medico di medicina generale/medico specialista pediatra di libera scelta/medico dipendente del SSN presso _____ dal _____(indicare la data del primo incarico a tempo indeterminato) e disponibile a convertire completamente il rapporto di lavoro;

☐ diversamente dalle opzioni sopra specificate, dichiara che ha in atto i seguenti rapporti convenzionali, libero professionali o di dipendenza a tempo determinato o indeterminato, con strutture pubbliche o private:

_____

Dichiara inoltre:
- di essere consapevole che l'assegnazione dei turni a tempo indeterminato è subordinata all'esito delle procedure di completamento orario dei titolari in servizio presso l'Azienda usl Toscana Sud Est, ai sensi dell'art. 20 comma 1 dell'ACN/2020;
- di essere disponibile, nel caso di conferimento di un incarico, a rinunciare ad eventuali incarichi incompatibili o a ridurre gli incarichi in atto, nel limite del massimale orario di 38 ore settimanali;
- 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

_____

Allegati:

copia documento di riconoscimento in corso di validità;

copia modello F23 attestante il pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 (posta o banca: campo codice TZ9 – Ufficio territoriale – Codice tributo 456T).