

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DISPONIBILI  
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI**

**Marca da bollo  
€ 16,00**

**ALL'U.O. PROCESSI AMMINISTRATIVI  
CURE PRIMARIE  
AZIENDA USL DI BOLOGNA  
VIA S. ISAIA 94/A  
40123 BOLOGNA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Telefono n. \_\_\_\_\_

Indirizzo pec \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura dei seguenti **incarichi a tempo indeterminato**

○ **Incarico a TEMPO INDETERMINATO, indivisibile, di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali**  
nella branca di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_

○ **Incarico a TEMPO INDETERMINATO, indivisibile, di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali**  
nella branca di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_

○ **Incarico a TEMPO INDETERMINATO, indivisibile, di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali**  
nella branca di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_

○ **Incarico a TEMPO INDETERMINATO, indivisibile, di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali**

nella branca di \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

○ **Incarico a TEMPO INDETERMINATO, indivisibile, di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali**

nella branca di \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

○ **Incarico a TEMPO INDETERMINATO, indivisibile, di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali**

nella branca di \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

○ **Incarico a TEMPO INDETERMINATO, indivisibile, di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali**

nella branca di \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura dei seguenti **incarichi a tempo determinato**

○ **Incarico a TEMPO DETERMINATO, indivisibile, di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali**

nella branca di \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

○ **Incarico a TEMPO DETERMINATO, indivisibile, di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali**

nella branca di \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

○ **Incarico a TEMPO DETERMINATO, indivisibile, di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali**

nella branca di \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

## **PUBBLICAZIONE QUARTO 2025 – DICEMBRE 2025**

**A tal fine 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 e che, inoltre, 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 DPR 445/2000),**

### **D I C H I A R A**

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 e Odontoiatri di \_\_\_\_\_

3. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

- \_\_\_\_\_  
conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
conseguita il \_\_\_\_\_ l'Università di \_\_\_\_\_

*(barrare la casella che interessa)*

- ☐ di essere specialista ambulatoriale interno titolare a tempo indeterminato *(ai sensi dell'art.21 dell'A.C.N. del 04.04.2024)* nella branca di \_\_\_\_\_  
con data di primo incarico (indicare giorno, mese ed anno) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- presso l'Azienda USL di \_\_\_\_\_ per complessive n. \_\_\_\_\_ ore settimanali;
  - presso il Ministero della Difesa, Ministero di Grazie e Giustizia o altri Enti riconosciuti dall'ACN in vigore per complessive n. \_\_\_\_\_ ore a decorrere dal \_\_\_\_\_  
c/o la Sede \_\_\_\_\_
- ☐ di essere specialista ambulatoriale interno titolare di incarico a tempo determinato *(ai sensi dell'art. 22 dell'A.C.N. del 04.04.2024)* nella branca di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
per complessive ore settimanali n. \_\_\_\_\_
- ☐ di essere inserito nella graduatoria vigente per la specialistica ambulatoriale interna nella branca di \_\_\_\_\_  
alla posizione n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_

- ☐ di non essere inserito nella graduatoria vigente per la specialistica ambulatoriale interna
- ☐ 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 \_\_\_\_\_

- ☐ a tempo indeterminato
- ☐ a tempo determinato

con anzianità di servizio dal (*indicare giorno, mese, anno*) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**dichiara inoltre:**

- ☐ di essere cittadino italiano
- ☐ di essere cittadino di altro paese appartenente alla UE  
(specificare) \_\_\_\_\_

**difuire / non fruire (1)** del trattamento di invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e previdenza sociale;

**di fruire / non fruire (1)** 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, come prescritto dal vigente ACN;

**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;

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

**Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:**

✓ \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso (\*) \_\_\_\_\_

(\*) La sottoscrizione di tale dichiarazione, non soggetta ad autenticazione, deve essere inviata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità**

NOTE (2) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, dichiara inoltre 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. n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.**

In fede

data

firma per esteso (3)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- (1) cancellare la parte che non interessa
- (2) qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".
- (3) ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.