

**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 _____

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 _____

PUBBLICAZIONE QUARTO TRIMESTRE 2024 – DICEMBRE 2024

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) _____

difruire / 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.