

**AL COMITATO CONSULTIVO ZONALE
DELLA PROVINCIA DI COSENZA
C/O ASP COSENZA
Via Alimena n.8 87100 COSENZA**

OGGETTO: ASSEGNAZIONE TURNI DISPONIBILI ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA NELLA
BRANCA DI _____

Il/la sottoscritt__ Dr. _____
CHIEDE

di concorrere all'assegnazione dei turni disponibili nella branca sopra indicata pubblicati nel trimestre _____
come di seguito specificato (indicare Ente e numero di ore):

A tal fine, consapevole della responsabilità penale e della perdita dei benefici conseguiti cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

Dichiara (ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

1) di essere nato a _____ il _____

2) di essere residente in Via _____ cap _____
Città _____ prov. _____;

3) di essere in possesso del Diploma di Laurea in _____
_____ conseguito presso _____ in data _____

4) di essere in possesso della specializzazione in _____ conseguita in data _____
presso _____

5) 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 _____;

6) di essere/non essere iscritto nella relativa graduatoria della specialistica ambulatoriale valida per l'anno _____;

7) di essere/non essere titolare di incarico a tempo determinato ai sensi dell' ACN vigente nella branca
di _____ presso _____
_____ (**indicare l'Ente, il
tipo di incarico, la branca, il numero di ore settimanali espletate e la decorrenza dell'incarico**);

8) di trovarsi in una delle sotto indicate posizioni previste ai sensi dell'art. 19 comma 2 dell'A.C.N. del 17/12/2015 e
precisamente: (**barrare la casella che interessa e indicare l'Ente, il tipo di incarico, la branca, il numero di ore
settimanali espletate e la decorrenza dell'incarico**);

a) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato nella provincia di **Cosenza** dal

_____, già a tempo determinato dal _____, attualmente espletato presso _____

b) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante dal _____ già a tempo determinato dal _____, attualmente espletato presso _____;

c) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato di Regione non confinante dal _____ già a tempo determinato dal _____, attualmente espletato presso _____

d) specialista ambulatoriale titolare d'incarico nelle branche di _____ e _____ che richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore d'incarico.

e) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato nella branca di _____ dal _____, che chiede il passaggio nella branca di _____

f) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 26, comma 1.

g) titolare d'incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa dal _____

h) iscritto nella graduatoria di cui all'art. 17 dell'ACN della provincia di Cosenza, attualmente valida ai fini dell'assegnazione dei turni vacanti al posto n. _____.

i) medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale dal _____, che intende transitare a un incarico specialistico, previo rinuncia al rapporto in corso.

Dichiara inoltre

9) di essere disponibile a rinunciare ad eventuali cause ostative al conferimento dell'incarico di specialista ambulatoriale;

10) di non trovarsi in una delle condizioni previste dall'art. 25 dell'ACN 17/12/2015;

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene resa la presente dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a, infine, chiede che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga inviata al seguente indirizzo, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive:

_____ tel. _____ e_mail /Pec _____.

Data _____ Firma candidato _____

N.B. Allegare fotocopia di un documento di identità non scaduto.