

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

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

Il/la sottoscritt__ Dr. _____
CHIEDE

di partecipare 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 _____

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

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

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 svolgere la seguente attività specialistica ambulatoriale interna, a tempo indeterminato o a
tempo determinato ai sensi dell'A.C.N. del 23/03/05 e s.m.i.(indicare l'Ente, il tipo di incarico, la
branca, il numero di ore settimanali espletate e la decorrenza dell'incarico):

8) di essere MMG, ovvero PLS, ovvero Medico di Medicina dei servizi, ovvero Medico di C.A., ovvero Medico dipendente di Struttura pubblica che, ai sensi dell'art. 23, comma 1, lettera l, A.C.N.vigente, chiede la riconversione del rapporto (indicare con precisione):

9) di trovarsi in altra delle posizioni di cui all'art. 23, comma 1, A.C.N. vigente, non indicata ai punti 6 e 7 (precisare quale):

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

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 _____.

Data _____ Firma candidato _____

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