

Alla U.O.C. Governo Liste di Attesa
Medicina Convenzionata Alpi

Domanda per la copertura di turno vacante - Specialistica ambulatoriale convenzionata - ai sensi dell'art. 20 dell'ACN del 31.03.2020.

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____ nato/a a _____ Il _____
e residente in _____ Via _____ cell. _____
_____, in relazione alla richiesta di disponibilità prot. n. _____ del _____, pubblicata
sul portale aziendale della ASL Roma 6, per la copertura di turno vacante nella Specialistica Ambulatoriale
Convenzionata,

DICHIARA

di essere disponibile a coprire il turno indicato per n. _____ ore settimanali nella branca di
_____ presso _____
secondo l'articolazione oraria prevista nella richiesta di disponibilità citata.

Ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e ss.mm.ii., dichiara sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii., in caso di dichiarazioni non veritiere:

- di essere titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato con la ASL Roma 6 per n. _____ ore settimanali di Specialistica ambulatoriale convenzionata nella branca di _____
- di essere titolare dei seguenti ulteriori rapporti convenzionali:
 - presso la ASL _____ per n. _____ ore settimanali per attività di _____
 - presso la ASL _____ per n. _____ ore settimanali per attività di _____
 - presso la ASL _____ per n. _____ ore settimanali per attività di _____
- di avere un impegno orario complessivo di n. _____ ore settimanali;
- che l'anzianità dell'incarico (data inizio del rapporto continuativo registrata dal Comitato Zonale) decorre dal _____
- di essere in possesso della Specializzazione in _____ conseguita in data _____ presso l'Università _____

Il sottoscritto dà il proprio assenso al trattamento dei dati personali, che verranno utilizzati per i fini connessi all'espletamento della presente procedura selettiva.

Data _____

FIRMA _____