

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA: Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

Art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31 Marzo e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi)

All'ASST sede del Comitato zonale di Brescia

Il/la sottoscrittnat a
.....prov (.....) ilM_F_ Codice
Fiscale.....

Comune di Residenza.....(prov.....)

Indirizzo..... n. cap
.....

Telefono.....

PEC

Chiede di essere incluso nella graduatoria di disponibilità alla copertura di incarichi provvisori, a tempo determinato o per sostituzione (art 19, comma 12 ACN 31.03.2020) per l'anno 2024:

medici specialisti: branca di

Odontoiatri

medici veterinari: area.....

biologici

chimici

professionisti psicologi

professionisti psicoterapeuti

Ai sensi dell'ACN 31 Marzo 2020 e s.m.i. art. 19 comma 12 relativamente all'ambito zonale di Brescia per l'anno 2024.

A tal fine acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria.

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo PEC

.....

Data..... Firma per esteso autografa.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO NOTORIO

Ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n 445

Il sottoscrittnat aprov

(.....)il.....M__F__ Codice Fiscale.....

Comune di Residenza.....(prov.....)

Indirizzo..... n. cap

..... Consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n 445

DICHIARA

Ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare)
- di essere cittadino del seguente stato.....ed in possesso di uno dei requisiti di cui art. 38 comma 1 e 3bis del D.lgs. n.165/2001 e s.m.i. (cfr. punto 1 delle Avvertenze Generali)
- di possedere il diploma di laurea ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente in (medicina e chirurgia – odontoiatrica e protesi dentaria – medicina veterinaria – scienze biologiche – chimica – psicologia) conseguita presso l'Università in data/...../..... (cfr. punto 2 delle Avvertenze Generali)
- di essere abilitato abilitato all'esercizio della professione di (medico chirurgo – odontoiatra – medico veterinario – biologo – chimico – psicologo) nella sessionepresso l'Università di.....
- di essere iscritto all'Albo professionale dei/deglipresso l'Ordine provinciale/regionale di dal/...../.....
- Di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:
..... conseguita il/...../.....
presso l'Università di
- Di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:
..... conseguita il/...../.....
presso l'Università di

- Di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

..... conseguita il/...../.....
presso l'Università di

di essere di non essere iscritto nelle graduatorie definitive degli specialisti ambulatoriali dell'anno 2023.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n. 2016/679/EU (art.13) che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data Firma autografa e per esteso.....