

valida per l'anno 2021

16 €

(art. 17, ACN 17/12/2015) e s.m.i.
per i Medici Specialisti e Odontoiatri
altre Professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)
e Medici Veterinari

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO		➤ ASL AVELLINO UOC CURE PRIMARIE Comitato Zonale Specialistica Ambulatoriale Via Degli Imbimbo, 10-12 83100 AVELLINO
Prot. n.	Data	

___ sottoscritt ___ dott.,
(Cognome) **(Nome)**

nato il/...../..... a.....(prov.....),

Comune di residenza.....(prov.....)

Vian.....CAP.....

Telefono cellulare Telefono fisso

PEC E-mail

Eventuale recapito diverso da inserire nelle graduatorie, che saranno pubblicate sul BURC

Via n.....

CAP..... Città

(Casella da barrare solo da chi presenta la domanda per la prima volta.)

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria valida per l'anno 2021, secondo quanto previsto dall'art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale di cui all'Accordo 17/12/2015 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, Medici Veterinari e altre Professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

MEDICI (Indicare una delle branche previste dall'Accordo Collettivo Nazionale) _____ _____	<input type="checkbox"/> BIOLOGI	VETERINARI Area: <input type="checkbox"/> A (Sanità animale) <input type="checkbox"/> B (Igiene degli alimenti) <input type="checkbox"/> C (Igiene degli allevamenti)
	<input type="checkbox"/> CHIMICI	
	<input type="checkbox"/> PSICOLOGI	
	<input type="checkbox"/> PSICOTERAPEUTI	

A tal proposito, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità cui va incontro ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 colui che rilascia dichiarazioni false o mendaci,

DICHIARA:

1. di essere laureato in con voto/110,

lode SÌ NO presso l'Università di..... in data.....

2. di essere abilitato all'esercizio della professione di.....

dal presso l'Università di.....

3. di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli dal

presso l'Ordine provinciale/regionale di n° iscrizione

4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

1^ specializzazione in..... conseguita il.....

presso l'Università di..... con voto...../..... lode SÌ NO

2^ specializzazione in..... conseguita il.....

5. di non trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 25, comma 1, lettere h) e L) (titolari di trattamento d'invalidità permanente e/o di trattamento pensionistico).

6. di essere specialista/professionista/veterinario ambulatoriale, titolare d'incarico a tempo indeterminato

nella branca di _____

per n. _____ ore settimanali presso ASL _____

o A.O. _____ dal _____.

PROSPETTO RIASSUNTIVO

per la specifica delle attività svolte, ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale dalla data di specializzazione fino al 31/12/2019 c/o ASL / AO / AORN / INAIL / SASN / MINISTERO DELLA DIFESA ecc., formulato ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

Non è valida ai fini del punteggio l'attività svolta a tempo indeterminato.

_____ sottoscritt_ dott....., consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità, di aver effettuato, nella qualità di specialista/professionista ambulatoriale,

nella branca di _____ le sottoindicate ore di attività presso:

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

ASL/Struttura _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ in qualità di _____

per complessive ore _____

Il sottoscritto dichiara di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali, riportata in calce alla presente domanda, ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 e autorizza al trattamento dei dati personali forniti esclusivamente per i fini della pubblicazione riportati nella suddetta informativa.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A ALLEGA LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ.

Data _____

Firma per esteso _____