

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI TURNI DISPONIBILI
A SPECIALISTI/VETERINARI/PROFESSIONISTI AMBULATORIALI**

All'Azienda USL Toscana Sud-Est
Pec: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

Il sottoscritto _____
Data di nascita _____ Comune di Nascita _____ prov. _____
Residenza: Via/Piazza _____ Comune _____ prov. _____
Cell. _____ e-mail _____

Comunica

la propria disponibilità al conferimento dei seguenti incarichi di specialistica/veterinaria/professionalità
sanitarie ambulatoriali, pubblicati dall'Azienda USL Toscana sud-est nel mese di Giugno 2022:

Branca _____ specialistica/Area _____ professionale/Branca _____ Veterinaria _____ di _____ :

Descrizione del turno o dei turni, in ordine di priorità di scelta (specificare ambito provinciale,
tipologia d'incarico, sede e orario, come indicati nel bando di pubblicazione):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

**A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 concernenti le dichiarazioni
sostitutive di certificazione dell'atto di notorietà, consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni
mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, ai sensi dell'art.76 del citato D.P.R., sotto la propria
responsabilità**

DICHIARA

- di essere in possesso del diploma di laurea in _____ conseguito
presso l'Università di _____ in data _____;
- di essere iscritto all'Albo professionale _____ presso l'Ordine
provinciale di _____ dal _____ al n. _____;
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
 - in _____ conseguita il _____ presso l'Università di
_____ o presso Istituto _____ riconosciuto ai sensi artt.3 e 35 L.5
 - in _____ conseguita il _____ presso l'Università di
_____ o presso Istituto _____ riconosciuto ai sensi artt.3 e 35 L.5

(Barrare con una X la parte in interesse):

- ☐ di essere titolare di incarico di specialistica/veterinaria/professionalità ambulatoriale a tempo indeterminato dal _____ (indicare la data del primo incarico a tempo indeterminato in qualità di specialista/veterinario o professionista ambulatoriale); di prestare servizio presso _____ (indicare Azienda USL o INAIL o SASN o Ministero della Difesa) per complessive ore settimanali _____ dal _____;
- ☐ di non essere titolare di incarico di specialistica/veterinaria/professionalità ambulatoriale a tempo indeterminato e di essere iscritto nella graduatoria vigente, di cui all'art.19 comma 10 dell'ACN/2020 e smi, per la branca/area professionale di _____ prov. di: ☐ Arezzo, ☐ Grosseto, ☐ Siena;
- ☐ di non essere titolare di incarico di specialistica/veterinaria/professionalità ambulatoriale a tempo indeterminato e di non essere iscritto nelle graduatorie vigenti, di cui all'art.19 comma 10 dell'ACN/2020 e smi, per la branca/area professionale pubblicata degli ambiti provinciali di codesta azienda;
- ☐ di essere iscritto nella graduatoria di disponibilità, di cui all'art. 19 comma 12 dell'ACN/2020 e smi, per la branca/area professionale di _____;
- ☐ di essere iscritto nell'elenco riservato ai laureati in Odontoiatria e protesi dentaria, non in possesso di uno dei titoli di specializzazione di cui all'allegato 2) ACN/2020 e smi, ed ai laureati in medicina e chirurgia iscritti all'albo degli odontoiatri;
- ☐ di essere titolare di altro rapporto di lavoro, in qualità di (cancellare la voce che non interessa): medico di medicina generale/medico specialista pediatra di libera scelta/medico dipendente del SSN presso _____ e disponibile a convertire completamente il rapporto di lavoro;
- ☐ diversamente, specifica di seguito i rapporti convenzionali o di dipendenza a tempo determinato o indeterminato, che parimenti ha in atto con strutture pubbliche o private:

Dichiara inoltre:

- di essere consapevole che l'assegnazione dei turni a tempo indeterminato è subordinata all'esito delle procedure di completamento orario dei titolari in servizio presso l'Azienda usl Toscana Sud Est, ai sensi dell'art. 20 comma 1 dell'ACN/2020;
- di essere disponibile, nel caso di conferimento di un incarico, a rinunciare ad eventuali incarichi incompatibili o a ridurre gli incarichi in atto, nel limite del massimale orario di 38 ore settimanali;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento;

DATA _____

FIRMA _____

Allegati:

copia documento di riconoscimento in corso di validità;

copia modello F23 attestante il pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 (posta o banca: campo codice TZ9 – Ufficio territoriale – Codice tributo 456T).