

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

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di Nascita \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Residenza: Via/Piazza \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

**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 Marzo 2023:

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 conferito dall'Azienda \_\_\_\_\_);
- ☐ di prestare attualmente servizio in qualità di specialista/veterinario o professionista ambulatoriale a tempo indeterminato/determinato presso \_\_\_\_\_ (indicare Azienda USL/INAIL/SASN/Ministero della Difesa) per complessive ore settimanali \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- ☐ di non essere titolare di incarico di specialistica/veterinaria/professionalità ambulatoriale a tempo indeterminato;
- ☐ 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 essere iscritto nella graduatoria vigente, di cui all'art.19 comma 12 dell'ACN/2020 e smi, per la branca/area professionale di \_\_\_\_\_ prov. di: ☐ Arezzo, ☐ Grosseto, ☐ Siena;
- ☐ 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 \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (indicare la data del primo incarico a tempo indeterminato) e disponibile a convertire completamente il rapporto di lavoro;
- ☐ diversamente dalle opzioni sopra specificate, dichiara che ha in atto i seguenti rapporti convenzionali, libero professionali o di dipendenza a tempo determinato o indeterminato, 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).