

MODULO DOMANDA PER TURNI PUBBLICATI A TEMPO DETERMINATO

Al Comitato Zonale Roma e Provincia
comitato.zonale@pec.aslroma2.it

a norma dell'art. 21 comma 1 la domanda **da inviare ESCLUSIVAMENTE IN FORMATO PDF a mezzo PEC** dal 1° al 15° giorno dello stesso mese della pubblicazione: marzo, giugno, settembre e dicembre.

Il sottoscritto:

☐ - MEDICO SPECIALISTA

☐ - MEDICO VETERINARIO

☐ - BIOLOGO

☐ - CHIMICO

☐ - PSICOLOGO

Dott. nato/a a

(prov. di) il Codice Fiscale:.....

RESIDENZA:

Via/Piazza/Largo n.....

Comune..... Prov..... CAP..... tel.....

Cell.....e-mail.....

PEC.....@.....

laureato/a in: il: iscritto all'Albo/Ordine dei/degli:, provincia:
..... dal:, in possesso del titolo di specializzazione nella branca specialistica di:
..... conseguita presso l'Università di:..... il.....

ai sensi dell'art. 22 dell'A.C.N. 04.04.2024

☐ medici specialisti, medici veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui art. 19 ACN 04.04.2024
(posizione inserita nella graduatoria di cui all'art.19 in vigore il primo giorno utile per la presentazione della
domanda)

MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO INCARICO A TEMPO DETERMINATO:

☐ branca medica di:

☐ attività professionale sanitaria di:

(Indicare di seguito , secondo l'ordine di preferenza i turni pubblicati)

1) ASL Roma branca ore settimanali:
presidio:.....
con orario:.....
2) ASL Roma branca ore settimanali:
presidio:.....
con orario:.....
3) ASL Roma branca ore settimanali:
presidio:.....
con orario:.....
4) ASL Roma branca ore settimanali:
presidio:.....
con orario:.....

il sottoscritto dichiara inoltre:

☐ di non essere titolare di pensione

☐ di avere ☐ di non avere altro rapporto di lavoro, a qualsiasi titolo, con strutture pubbliche o strutture private:

c/o

☐ tempo determinato ☐ tempo indeterminato dal

I dati inseriti valgono quale autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 e non saranno prese in considerazione specifiche o altre indicazioni scritte al di fuori dei campi indicati

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INFINE:

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.i. **sulle responsabilità penali** cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopracitato, che **quanto affermato nel presente modulo di domanda corrisponde al vero;**

N.B. allegare fotocopia di documento di identità in corso di validità

Data Firma per esteso