

Al Direttore Generale  
Azienda ULSS 6 Euganea  
Direzione Amministrativa Territoriale  
Via E. Degli Scrovegni, 14  
35131 Padova

**Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.**

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_,  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_),  
residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_),  
via \_\_\_\_\_, cap \_\_\_\_\_

domicilio (compilare solo se non coincide con la residenza) a

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ -  
\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_, comunica la propria

disponibilità per l'incarico di n. \_\_\_\_\_ ore sett.li nella branca di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ e

a tal fine sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

- a) di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_  
conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;  
b) di essere iscritto all'Albo professionale dei Biologi presso l'Ordine \_\_\_\_\_

c) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università  
degli Studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università  
degli Studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università  
degli Studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

**d) di non riportare provvedimenti disciplinari in corso;**

**DICHIARA ALTRESI'**

*(barrare e compilare le voci che interessano)*

**e) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca di \_\_\_\_\_ che svolge, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, ovvero in diverso ambito zonale della regione o in ambito zonale di altra regione confinante, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale, regolamentata dall' Accordo Collettivo Nazionale con i Medici Specialisti Ambulatoriali interni, Medici Veterinari ed altre Professionalità ambulatoriali sanitarie 04.04.2024 e precisamente presso:**

Azienda ULSS n. \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_  
ore sett.li dal \_\_\_\_\_;

Azienda ULSS n. \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_  
ore sett.li dal \_\_\_\_\_;

Azienda Ospedaliera di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore sett.li  
dal \_\_\_\_\_;

INAIL - sede provinciale di \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_  
ore sett.li dal \_\_\_\_\_;

e di avere in qualità di titolare di incarico a tempo indeterminato ai sensi del predetto A.C.N. la seguente anzianità di servizio:

\_\_\_\_\_;

**f) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di regione non confinante, il quale richiede di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità;**

**g) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolge altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 28, comma 1 ACN (massimale orario);**

**h) di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa;**

**i) di essere inserito nella graduatoria valida per l'anno 2024 dei Professionisti ambulatoriali Biologi della provincia di Padova;**

**l) di non essere inserito nella graduatoria valida per l'anno 2024 dei Professionisti ambulatoriali Biologi della provincia di Padova, ma di essere in possesso dei requisiti per l'iscrizione alla suddetta graduatoria previsti dall'art. 19 ACN 04.04.2024;**

**m) di essere professionista ambulatoriale già titolare d'incarico a tempo indeterminato in Regione non confinante**

---

*n) altre eventuali informazioni* \_\_\_\_\_

---

*o) che quanto riportato nel curriculum vitae, datato e firmato, allegato alla presente comunicazione di disponibilità, corrisponde al vero;*

*p) che la documentazione che viene allegata in copia alla presente comunicazione di disponibilità è conforme all'originale in proprio possesso, ai sensi dell'art. 19 D.P.R. 445/2000;*

*q) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali per la gestione della presente domanda ai sensi del D.Lgs. 196/2003, così come modificato ed integrato dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR).*

Il sottoscritto allega copia fotostatica di un documento d'identità.

Data

Firma