

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 Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- b) di essere in possesso della laurea in Odontoiatria conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- c) di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi presso l'Ordine provinciale di \_\_\_\_\_;
- d) di essere iscritto all'Albo professionale degli Odontoiatri presso l'Ordine provinciale di \_\_\_\_\_;
- e) 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 \_\_\_\_\_;

f) di non riportare provvedimenti disciplinari in corso;

**DICHIARA ALTRESI'**

(barrare e compilare le voci che interessano)

g) 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:

\_\_\_\_\_;

h) 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;

i) di essere specialista titolare di incarichi in branche diverse, con esercizio esclusivo di attività ambulatoriale regolamentata dal presente A.C.N., il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore d'incarico;

j) di essere specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato, con esercizio esclusivo di attività ambulatoriale regolamentata dal presente A.C.N., il quale chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;

- l) 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);*
- m) di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa;*
- n) di essere medico generico ambulatoriale in servizio dal \_\_\_\_\_, il quale richiede di ottenere un incarico medico specialistico nella branca in cui è in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico di cui è titolare;*
- o) di essere inserito nella graduatoria valida per l'anno 2024 dei medici specialisti ambulatoriali interni nella provincia di Padova;*
- p) specialista non inserito nella graduatoria valida per l'anno 2024 dei medici specialisti ambulatoriali interni provincia di Padova, ma in possesso dei requisiti per l'iscrizione alla suddetta graduatoria previsti dall'art. 19 ACN 04.04.2024;*
- q) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato in qualità di :*
- medico di medicina generale presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;*
  - medico specialista pediatra di libera scelta presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;*
  - medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ in possesso della richiesta specializzazione e disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro;*
- r) di essere specialista ambulatoriale già titolare d'incarico a tempo indeterminato in Regione non confinante*
- s) altre eventuali informazioni \_\_\_\_\_*
- 
- t) che quanto riportato nel curriculum vitae, datato e firmato, allegato alla presente comunicazione di disponibilità, corrisponde al vero;*
- u) 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;*
- v) 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