DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI MEDICI SPECIALISTI E VETERINARI DISPONIBILI AL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO O DI SOSTITUZIONE – ANNO 2025 - art. 19, comma 12 dell'Accordo Collettivo Nazionale 04 Aprile 2024.

Marca da bollo
€ 16,00
da annullare come da norme vigenti

Alla A.S.P PALERMO
U.O.C. Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna
Via La Loggia, 5
90129 PALERMO
specialisticainternacp.pec@asppa.it

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa_____, nato/a il _____

a _____ (Prov. _____) Codice Fiscale _____

Comune di residenza _____ (Prov. _____)

Via/Piazza/Corso _____n. _____ C.A.P. _____

Telefono_____ P.E.C. _____

e-mail _____.

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per la formazione di una **GRADUATORIA AZIENDALE DI MEDICI SPECIALISTI E VETERINARI DISPONIBILI AL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO O DI SOSTITUZIONE** per la branca sotto elencata :

☐ **MEDICI SPECIALISTI ED ODONTOIATRI: BRANCA DI_____**

☐ **MEDICI VETERINARI:**

- ☐ **BRANCA Sanità Animale (AREA A)**
- ☐ **BRANCA Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (AREA B)**
- ☐ **BRANCA Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (AREA C)**

(Presentare una domanda per ogni singola branca)

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni non veritiere dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

☐ di essere cittadino/a italiano/a

☐ di essere cittadino/a di altro Paese appartenente alla UE *(specificare)*…….

☐ di possedere il diploma di laurea (DL) in ……

(medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria):

– diploma di laurea con voto……/110 ☐ senza lode ☐ con lode, conseguito presso l'Università di ..... in data...../……../ ..... …;

– di essere abilitato/a all'esercizio della professione di.....
(medico chirurgo – odontoiatra - veterinario) nella sessione presso l'Università di ……...……..… ;

– di essere iscritto/a all'Albo professionale dei/degli …….
(medici chirurghi - odontoiatri - veterinari) presso l'Ordine provinciale di ……..…… dal …….. ;

- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:
..... conseguita il..... / ...../.....
presso l'Università di .....con voto..... ☐ senza lode ☐ con lode
..... conseguita il..... / ...../.....
presso l'Università di .....con voto..... ☐ senza lode ☐ con lode
..... conseguita il..... / ...../.....
presso l'Università di .....con voto..... ☐ senza lode ☐ con lode

☐ di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

☐ di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM .

☐ di essere ☐ di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale

☐ di essere ☐ non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei_____ di_____.

(*In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata in caso di sospensione dall'Albo):*_____

☐ di avere ☐ non avere riportato condanne penali;

☐ di avere ☐ non avere procedimenti penali pendenti;

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere informato/a, 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 per esteso ……..

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. n.445/2000 tale documentazione è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.