

Oggetto: domanda di assegnazione incarico nella branca di _____

Il sottoscritto/a Dott. (cognome e nome) _____ nato/a
_____ (Prov. di _____) il _____ residente a _____
Via _____ N° _____ Cap _____ Tel _____
E-mail _____ PEC **(obbligatoria ai sensi dell'art. 16 – L.n. 2/2009)**

Specializzato in _____ vista la
pubblicazione dei turni vacanti del _____
(trimestre ed anno)

DICHIARA

- 1) di essere laureat ___ in _____ (medicina e chirurgia o odontoiatria o biologia o chimica o psicologia) con voto _____ presso L'Università di _____ in data _____
- 2) di essere iscritt _____ all'Albo Professionale.
- 3) Di essere in possesso della Specializzazione in _____ conseguita il _____ con voto _____

CHIEDE l'assegnazione degli incarichi di seguito riportati nell'ordine di preferenza:

- 1) _____ PER N. _____ ORE SETTIMANALI
- 2) _____ PER N. _____ ORE SETTIMANALI
- 3) _____ PER N. _____ ORE SETTIMANALI
- 4) _____ PER N. _____ ORE SETTIMANALI

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara di non trovarsi **nella seguente posizione lavorativa:**

- a) **Tipologia di lavoro e contratto** (specificare se dipendente a tempo determinato o indeterminato, convenzionato, rapporto libero professionale):

- b) **Attuale Sede di lavoro:** _____ (prov. _____)
- c) **Data di Assunzione** _____ **Data di Fine Rapporto** (se previsto): _____

d) **Struttura Sanitaria** (specificare se Asl, Inail, Ospedale, **pubblica, privata o privata convenzionata**):

Inoltre, dichiara di essere/non essere (cancellare la parte che non interessa) incluso nella vigente graduatoria della specialistica ambulatoriale di questo Comitato Zonale, per la suindicata branca specialistica, al posto n. _____

Eventuali annotazioni in merito alla presente domanda:

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci, afferma che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Data _____

Firma (per esteso)

Eventuali allegati:

1. **Copia documento di riconoscimento;**
2. _____
3. _____