

Bollo
16 €

**AL COMITATO ZONALE DI PAVIA
ASST DI PAVIA
VIALE REPUBBLICA, 34
27100, PAVIA**

**OGGETTO: RICHIESTA ASSEGNAZIONE INCARICHI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
TRIMESTRE ANNO**

Il/La sottoscritto/a dott./ dott.ssa
nato/a a.....il.....
C.F.....
Residente a..... provincia
Via..... cap.....
tel./cell. email.....
PEC.....

In qualità di

- MEDICO SPECIALISTA AMB.LE nella branca di.....
- ODONTOIATRA
- MEDICO VETERINARIO nella branca di.....
- PROFESSIONISTA (biologo, chimico, psicologo)

Dichiara:

- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca di
..... presso.....
dal..... a tutt'oggi per n. ore settimanali;
- di essere titolare di incarico a tempo determinato nella branca di
..... presso.....
dal..... a tutt'oggi per n. ore settimanali;
- di essere inserito nelle Graduatorie della Specialistica Ambulatoriale del Comitato Zonale dell'Azienda Socio Sanitaria di Pavia per l'anno
- di essere specialista, veterinario o professionista (.....) non iscritto nella graduatoria, ma in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992 e s.m.i. – triennio 2019-2021;
- di essere titolare di MMG, PLS, medico dipendente del SSN dal.....a tutt'oggi presso.....

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:

- di non essere nelle condizioni di incompatibilità di cui all'articolo 27 del citato A.C.N. e comunque di impegnarsi a rimuoverle qualora risultasse avente diritto all'assegnazione del turno stesso;
- di essere in possesso del Diploma di Laurea o Laurea Specialistica in
..... conseguito presso l'Università di
..... in data.....;
- di essere in possesso della specializzazione in.....
conseguita presso in data.....;
- di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi/Odontoiatri/Veterinari/Professionisti (biologi, chimici e psicologi) di.....
dal.....

ESPRIME

la propria disponibilità per l'assegnazione dell'incarico nella branca di:

-
-

presso la sede di:

-
-

Allega curriculum vitae e fotocopia documento d'identità.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati allegata all'avviso di pubblicazione incarichi.

li.....

In fede