

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il Sottoscritto Dott./ssa (cognome) _____ (nome) _____ nato/a a _____ (prov. ____) il _____ residente nel Comune di _____ (prov. ____) in Via _____ n° _____
Cap. _____ Tel. _____ Cell. _____ PEC _____
e-mail _____ recapito postale in _____ via _____ n° _____
cittadinanza _____

(da compilare se dichiarati per la prima volta o se modificati)

Cod. Fiscale □□□ □□□ □□□□□□□□□□ Banca _____ Loc. Banca _____
_____ Ag. n° _____ c/c n° _____ Codice IBAN _____
_____ Codice ENPAM _____

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

(vedere LEGENDA allegata all'Avviso)

di essere Titolare di incarico ai sensi dell'ACN per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie, in vigore e di svolgere l'attività nelle sedi sotto indicate **(SOLO per coloro che hanno dichiarato essere in possesso del requisito ai sensi dell'art. 21 c. 2 dell'ACN 2020 e ss.mm.ii lett. a - b - c - d - e - f - g):**

Comitato Consultivo Zonale di _____

ASL di _____ **Poliambulatorio di** _____ **Branca di** _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____

ASL di _____ **Poliambulatorio di** _____ **Branca di** _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____

ASL di _____ **Poliambulatorio di** _____ **Branca di** _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____

ASL di _____ **Poliambulatorio di** _____ **Branca di** _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____

ASL di _____ **Poliambulatorio di** _____ **Branca di** _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____

ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

I.N.A.I.L. Località _____ Branca di _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

I.N.P.S. Località _____ Branca di _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Ministero della Difesa _____ Branca

di _____

Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Totale complessivo ore settimanali espletate. n° _____

DICHIARA

- di essere Titolare di incarico di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa sede di _____ Branca di _____ (SOLO per coloro che hanno dichiarato essere in possesso del requisito ai sensi dell'art. 21 c. 2 dell'ACN 2020 e ss.mm.ii lett. g);
- di essere Medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del SSN che esprime la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro, con anzianità riconosciuta dal _____ (SOLO per coloro che hanno dichiarato essere in possesso del requisito ai sensi dell'art. 21 c. 2 dell'ACN 2020 e ss.mm.ii lett. j – **NON COMPILARE SE** si è dichiarato di essere iscritti nelle graduatorie annuali ai sensi dell'art. 21 c. 2 dell'ACN 2020 e ss.mm.ii. lett. h);

Sono consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, attesta che le dichiarazioni contenute nella presente domanda corrispondono al vero e sono sostitutive di certificazione e di atto notorio ai sensi dell'art.46 e 47 del D.P.R. 445/2000

Data _____

Firma per esteso _____