

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

Comitato Consultivo Zonale di _____
ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branchia di _____
Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____
ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branchia di _____
Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____
ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branchia di _____
Ore settimanali n. _____ data inizio incarico _____ tipologia incarico _____

Comitato Consultivo Zonale di _____
ASL di _____ Poliambulatorio di _____ Branchia 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 _____