

**Al Comitato Consultivo Zonale**  
**c/o A.S.L. 3 GENOVESE**  
Via Bertani, 4  
16125 Genova

**ATTENZIONE: LA PRESENTE DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' DEVE ESSERE SPEDITA (AI SENSI ART. 9 COMMA 1 A.C.N. 08.07.2010), PENA L'ESCLUSIONE, SOLTANTO DAL 1° AL 10° GIORNO DEL MESE SUCCESSIVO A QUELLO DELLA PUBBLICAZIONE**

**RACCOMANDATA A.R.**

Il sottoscritto.....  
nato a..... il..... residente a .....  
in Via..... C.A.P. .... tel. ....  
tel.cell ..... e-mail .....

dichiara:

di essere disponibile a ricoprire l'incarico di specialista ambulatoriale/psicologo ambulatoriale ai sensi di quanto previsto dall'art. 22 del Nuovo Accordo Collettivo Nazionale 29.07.09 e s.m.i. relativamente ai turni vacanti per la branca di ..... di cui alla pubblicazione in Albo n. .... del ..... come di seguito specificato:

<b>Ente</b>	<b>Presidio</b>	<b>Ore sett.li</b>	<b>Articolazione oraria</b>

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 47 del D.P.R. 445/2000 dichiara sotto la propria responsabilità di svolgere la/le seguenti attività:

Ente	Tipologia di incarico (specificare se a tempo indeterminato o a tempo determinato) + (*)	DAL	N. ore sett.li / n. scelte

(\*)

- specialista ambulatoriale
- psicologo ambulatoriale
- medico generico ambulatoriale (ex art. unico)
- medico di medicina generale
- medico specialista pediatra di libera scelta
- medico della medicina dei servizi
- medico della continuità assistenziale
- medico addetto all'emergenza sanitaria territoriale
- medico dipendente/psicologo dipendente
- titolare di pensione
- altri incarichi

di essere iscritto all'Ordine dei Medici/Psicologi della Provincia/Regione di.....dal..... al n. ....

di essere in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia/Psicologia/altro conseguita il .....con votazione.....

di essere in possesso di specializzazione nella branca di.....conseguita il.....con votazione.....

- (in ossequio al D.L. n. 90 del 24/06/2014, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1 comma 1 della Legge n. 114 dell'11/08/2014) di essere / non essere stato un lavoratore, pubblico o privato, collocato in quiescenza (in caso affermativo, indicare l'Ente previdenziale e la decorrenza della quiescenza): Ente .....; in ..... Previdenziale .....; (pensione) a far data dal ..... ;
  
- di essere / non essere inserito nella graduatoria di medicina specialistica ambulatoriale anno 2015;
  
- di non trovarsi in alcuna delle posizioni di incompatibilità previste dall'art. 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale 29.07.09;
  
- di essere disponibile a rimuovere, in caso di conferimento di incarico, eventuali situazioni di incompatibilità accertate, ai sensi di quanto previsto dalla citata normativa.

Il sottoscritto dichiara, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 47 del D.P.R. 445/2000, che quanto riferito corrisponde a verità.

data .....

firma leggibile.....

***Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera.***

**- ALLEGARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO D'IDENTITA' NON SCADUTO**

**- SI PREGA DI SCRIVERE IN MODO LEGGIBILE E POSSIBILMENTE IN STAMPATELLO**

