

Al Comitato Zonale  
Roma e Provincia  
Via B. Bardanzellu, 8  
00155 Roma

[comitato.zonale@pec.aslroma2.it](mailto:comitato.zonale@pec.aslroma2.it)

a norma dell'art. 21 comma 1 la domanda - **IN FORMATO PDF** - va inviata dal 1° al 15° giorno dello stesso mese della pubblicazione: marzo, giugno, settembre e dicembre.

Il sottoscritto: ☐ - MEDICO SPECIALISTA ☐ - MEDICO VETERINARIO  
☐ - BIOLOGO ☐ - CHIMICO ☐ - PSICOLOGO

Dott. .... nato/a a .....  
(prov. di ..... ) il ..... Codice Fiscale:.....  
**RESIDENZA:**  
Via/Piazza/Largo ..... n.....  
Comune..... Prov..... CAP..... tel.....  
Cell.....e-mail.....  
PEC.....@.....

n° codice ENPAM (o altro Ente Prev.le): ....., laureato/a in: ..... il: .....  
iscritto all'Albo/Ordine dei/degli:..... di: ..... dal: ....., in possesso del titolo di  
specializzazione nella branca specialistica di: .....  
conseguita presso l'Università di:.....il: .....

ai sensi dell'art. 22 dell'A.C.N. 31.03.2020

☐ medici specialisti, medici veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui art. 19 ACN 31.03.2020  
(posizione inserita nella graduatoria di cui all'art.19 in vigore il primo giorno utile per la presentazione della  
domanda)

**MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO INCARICO A TEMPO DETERMINATO:**

☐ branca medica di: .....  
☐ attività professionale sanitaria di: .....

(Indicare di seguito , secondo l'ordine di preferenza i turni pubblicati)

|                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| 1) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... |
| presidio:.....                                        |
| con orario:.....                                      |
| 2) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... |
| presidio:.....                                        |
| con orario:.....                                      |
| 3) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... |
| presidio:.....                                        |
| con orario:.....                                      |
| 4) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... |
| presidio:.....                                        |
| con orario:.....                                      |

**il sottoscritto dichiara inoltre:**

- ☐ di non essere titolare di pensione
- ☐ di non avere altro rapporto di lavoro, a qualsiasi titolo, con strutture pubbliche o strutture private;
- ☐ di essere titolare o incaricato di altro rapporto di lavoro convenzionale o di dipendenza con strutture pubbliche o private;
- ☐ tempo determinato      ☐ tempo indeterminato      dal .....

Presso .....

**I dati inseriti valgono quale autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 e non saranno prese in considerazione specifiche o altre indicazioni scritte al di fuori dei campi indicati**

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INFINE:**

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.i. **sulle responsabilità penali** cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopracitato, che **quanto affermato nel presente modulo di domanda corrisponde al vero;**

Data ..... Firma per esteso .....

**N.B. Si allega fotocopia di documento di identità in corso di validità**