

Al Comitato Zonale
Roma e Provincia
Via Monza, 2
00182 Roma

comitato.zonale@pec.aslroma2.it

a norma dell'art. 21 comma 1 la domanda va spedita 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