

Alla ATS Sardegna ASSSL Cagliari
Sede del Comitato Zonale
Medici Specialisti Ambulatoriali interni
ed Odontoiatri, Medici Veterinari, e altre
Professionalità Sanitarie Ambulatoriali
S.C. Medicina Convenzionata
Via Piero della Francesca, 1
09047 SELARGIUS (CA)

Raccomandata A.R

OGGETTO: disponibilità incarico a tempo indeterminato pubblicato il _____ ° Trimestre anno _____
Branca di _____ sede _____ ore settimanali _____

Il/La sottoscritto _____, nat__ a _____ il _____

Medico Specialista Odontoiatra Medico Veterinario Professionista (Biologo - Chimico - Psicologo

Laureato in _____ presso _____ in data _____,

Specializzato in _____ presso _____ in data _____,

Iscritto all'Albo professionale dei _____ in data _____ abilitato all'esercizio della professione
di _____ con annotazione della specializzazione in _____

CHIEDE

che gli venga assegnato l'incarico in oggetto, **in quanto trovasi nelle condizioni di cui l'art. 19, comma 2, lettera h) i) (solo per i Medici Specialisti e Odontoiatri)**, dell'A.C.N. 17/12/15 secondo il seguente ordine di priorità (vedi legenda):

A.S.L. /Altro

SEDE STRUTTURA

N° ORE

A tal fine dichiara:

- **relativamente all'art. 19, comma 2, lettera h):**

di essere **iscritto nella graduatoria** dell'ambito zonale del Comitato Consultivo di Cagliari di cui all'art. 17 dell'A.C.N. 17/12/15 nella
branca di _____ dell'anno _____ (graduatoria in vigore il primo giorno utile per la presentazione della
domanda di disponibilità)

- **relativamente all'art. 19, comma 2, lettera I) (solo per i medici specialisti):**

di essere medico di medicina generale , medico pediatra di libera scelta , medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso _____

con anzianità di servizio riconosciuto dal _____ (delibera n. ____ del _____).

Ogni comunicazione dovrà essere inviata al seguente indirizzo PEC _____

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000: Il sottoscritto, 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 del 28/12/2000, afferma che quanto
sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del Dlgs. n. 196/03 e successive modificazioni, che
i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Allega fotocopia del documento d'identità.

DATA

FIRMA

Legenda:

Incarico ai sensi l'art. 19, comma 2, lettera:

- h) **Specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 17** dell'ACN 17/1272015 in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda, con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato;
- i) **Medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale** che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico (solo per i medici specialisti e Odontoiatri),