

**Oggetto: Richiesta di assegnazione incarichi di medicina specialistica ambulatoriale.**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
 Cittadinanza \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla procedura finalizzata all'assegnazione degli incarichi di medicina specialistica ambulatoriale pubblicati nel corso del mese di **Settembre** anno **2024** e in modo specifico:

Branca di ..... ASL / Ente .....	Ore settimanali .....
Branca di ..... ASL / Ente .....	Ore settimanali .....

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

Di essere laureato in medicina e chirurgia o odontoiatria in data \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_  
 Di essere iscritto all'Albo dell'ordine dei medici e Chirurghi della provincia di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Di essere in possesso di specializzazione in \_\_\_\_\_  
 conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_

Di essere titolare di rapporto convenzionale con il S.S.N. ai sensi dell'A.C.N. 04.04.2024, art. 21, comma 6, nel seguente ambito/condizione (indicare tutte le condizioni riscontrabili con riferimento al singolo candidato):

- lett. a) (nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, presso INAIL e SASN),  
per h. sett.li \_\_\_\_\_ presso\* \_\_\_\_\_
- lett. b) (nell'ambito della stessa regione o regione confinante),  
per h. sett.li \_\_\_\_\_ presso\* \_\_\_\_\_
- lett. c) (in ambiti diversi da quelli dei punti a e b),  
per h. sett.li \_\_\_\_\_ presso\* \_\_\_\_\_
- lett. e) (titolare che chiede il passaggio in altra branca con conseguente rinuncia all'incarico in atto),  
per h. sett.li \_\_\_\_\_ presso\* \_\_\_\_\_
- lett. g) (titolare c/o Ministero della Difesa),  
per h. sett.li \_\_\_\_\_ presso\* \_\_\_\_\_

con anzianità di servizio a tempo indeterminato \_\_\_\_\_

lett. h) medico specialista iscritto nella graduatoria del Comitato zonale di Cuneo del corrente anno, con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato (posizione n° \_\_\_\_\_)

lett. i) in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 vigente A.C.N.

lett. j) medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, medico dipendente del S.S.N. che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. È al corrente che l'affidamento dell'incarico è subordinato alla risoluzione del rapporto in atto.  
 (specificare sede di lavoro, tipo di rapporto e decorrenza)

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara, altresì, di **fruire / non fruire** di trattamento di quiescenza (ex art. 27 ACN 04.04.2024).

Località \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si segnala che tutte le dichiarazioni verranno verificate a termini di legge e A.C.N..

**Allegare fotocopia documento d'identità in corso di validità**