

**Spett. A.S.L. 3 GENOVESE**  
**Via Bertani, 4**  
**16125 Genova**

**ATTENZIONE: LA PRESENTE DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' DEVE ESSERE SPEDITA (AI SENSI ART. 19 COMMA 1 DEL NUOVO A.C.N. 17.12.15), 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 .....

P.E.C. ....

dichiara:

di essere disponibile a ricoprire l'incarico di specialista ambulatoriale/psicologo ambulatoriale ai sensi di quanto previsto dall'art. 18 del nuovo Accordo Collettivo Nazionale 17.12.15 relativamente ai turni vacanti per la branca di ..... di cui alla pubblicazione in Albo n. .... del ..... come di seguito specificato:

Ente	Presidio	Ore sett.li	Articolazione oraria

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
- 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 Previdenziale .....; in quiescenza (pensione) a far data dal ..... ;
  
- di essere / non essere inserito nella graduatoria di medicina specialistica ambulatoriale anno 2018;
  
- di non trovarsi in alcuna delle posizioni di incompatibilità previste dall'art. 25 dell'Accordo Collettivo Nazionale 17.12.15;
  
- 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**

