

**Spett. A.S.L. 3 GENOVESE**  
**Raccomandata A/R: Via Bertani, 4 - 16125 Genova**  
**Oppure PEC: protocollo@pec.asl3.liguria.it**

**ATTENZIONE: LA PRESENTE DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA'**  
**DEVE ESSERE SPEDITA (AI SENSI ART. 21 COMMI 1-2 E ART. 22**  
**COMMA 1 DEL NUOVO A.C.N. 04.04.2024), PENA L'ESCLUSIONE,**  
**SOLTANTO DAL 1° AL 15° GIORNO DEL MESE DI PUBBLICAZIONE**

**RACCOMANDATA A.R. o P.E.C.**

Il sottoscritto.....

nato a..... il..... residente a .....

in Via..... C.A.P. .... tel. ....

Codice Fiscale .....

tel.cell ..... e-mail .....

P.E.C. ....

dichiara:

di essere disponibile a ricoprire l'incarico di specialista ambulatoriale/Biologo ambulatoriale/Psicologo ambulatoriale/Medico Veterinario ai sensi di quanto previsto dagli artt.21-22 del nuovo Accordo Collettivo Nazionale 04.04.2024 relativamente ai turni vacanti per la branca di ..... di cui alla pubblicazione in Albo n. .... del ..... come di seguito specificato:

Ente	Presidio o Distretto	Ore sett.li	Articolazione oraria (PENA L'ESCLUSIONE, SPECIFICARE CON PRECISIONE IL TURNO O I TURNI PRESCELTI NEL CASO IL CANDIDATO SCEGLIESSE PIU' DI UN TURNO NELLA STESSA BRANCA)

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.,  
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

(\*)

- medico specialista ambulatoriale
- biologo/psicologo/medico veterinario 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/biologo dipendente/psicologo dipendente/medico veterinario dipendente
- altri incarichi

di essere iscritto all'Ordine dei Medici/Medici Veterinari/Psicologi/Biologi della  
Provincia/Regione/Nazionale di.....dal..... al n.  
.....

di essere in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia/Medicina  
Veterinaria/Scienze Biologiche/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 .....; in quiescenza (pensione) a far data dal .....);
  
- di essere / non essere inserito nella graduatoria di medicina specialistica ambulatoriale anno 2025;
  
- di non trovarsi in alcuna delle posizioni di incompatibilità previste dall'art. 27 dell'Accordo Collettivo Nazionale 04.04.2024;
  
- 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 e s.m.i., 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 IN MODALITA' FRONTE-RETRO**

**- SI PREGA DI SCRIVERE IN MODO LEGGIBILE E IN STAMPATELLO, E DI INVIARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE ESCLUSIVAMENTE IN FORMATO .pdf**