

COMITATO ZONALE SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Presidente: Dr.ssa Giulia Corradi

Al Comitato Zonale di Viterbo
prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it

OGGETTO: PREDISPOSIZIONE GRADUATORIE DI MEDICI SPECIALISTI, VETERINARI E PROFESSIONISTI DISPONIBILI ALL'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO O ALL'AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONE E NON ANCORA INSERITI NELLE GRADUATORIE ANNUALI DEFINITIVE PER L'ANNO 2026

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI ATTO NOTORIO
ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

Il sottoscritto Dott. _____ M ____ F
nato il _____ a _____ (Prov. _____) C.F. _____
Residenza Via/Piazza _____ n. _____
Comune _____ CAP _____ (Prov. _____) cell. _____
*e-mail _____ **PEC _____

* utilizzata per la richiesta di disponibilità agli incarichi da parte dell'Azienda

** utilizzata in caso di assegnazione di incarichi per la trasmissione della documentazione necessaria

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

1. ☐ di essere cittadino italiano;
☐ di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare): _____
2. Di essere in possesso della Laurea in _____ conseguita il _____
3. Di essere in possesso della Specializzazione in _____ conseguita il _____
4. di essere abilitato all'esercizio della professione e di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli (medici chirurghi-odontoiatri-veterinari-biologi-chimici-psicologi) _____ presso l'Ordine provinciale/regionale di _____ dal ____/____/____
5. di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
6. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario;
7. di essere a conoscenza che le graduatorie suddette saranno valide fino alla pubblicazione dell'avviso per l'anno successivo;

CHIEDE DI ESSERE INSERITO NELL'ELENCO DI DISPONIBILITA', (ai sensi dell'art. 19, comma 12 dell'ACN) DEI:
(barrare una sola branca o disciplina)

- ☐ Medici specialisti ed odontoiatri: branca di _____
- ☐ Medici veterinari: branca di _____
- ☐ Professionisti (Biologi, Chimici, Psicologi): branca di _____

Data _____

Firma _____