

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

Spett.le ASL di Pescara
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara (PE)
PEC: protocollo.aslpe@pec.it

Oggetto: Domanda di inclusione nell'elenco dei Sanitari convenzionati idonei ad un'eventuale mobilità.

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ (prov. ____)
il _____ Codice Fiscale _____ residente a
_____ (prov. _____) in Via
_____ n. _____ Cap. _____
telefono _____ PEC _____
e-mail _____

consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. n. 445/2000),

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

(barrare le caselle relative alle dichiarazioni di interesse)

- di essere (*barrare la casella di interesse*):
- Specialista Ambulatoriale Interno;
 - Veterinario;
 - Professionista Sanitario Ambulatoriale (specificare se Psicologo, Biologo o Chimico: _____);
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per complessive n. _____ ore, nella branca/area professionale di _____ presso (*barrare la casella di interesse*):
- l'ASL Pescara, dal _____, per n. _____ ore settimanali, così distribuite (*specificare sedi e rispettive ore di incarico*):

_____;
 - altra/e Azienda/e Sanitaria/e Locale/i (*specificare*):

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

- _____ per n. _____ ore settimanali dal _____;
- _____ per n. _____ ore settimanali dal _____;
- _____ per n. _____ ore settimanali dal _____;

di avere anzianità di incarico nella branca/area professionale di _____ decorrente dal _____, per incarico a tempo indeterminato acquisito presso _____;

di aver conseguito il diploma di specializzazione nella branca specialistica/categoria professionale _____ in data _____ presso l'Università di _____;

di essere consapevole che il requisito di ammissione per entrare a far parte dell'elenco di idonei per assegnazione mobilità nella branca specialistica di appartenenza è il compimento di una anzianità di servizio di mesi 18 nell'incarico in atto a tempo indeterminato;

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco dei Sanitari convenzionati (Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinarie altre Professionalità Sanitarie – Biologi, Chimici, Psicologi - Ambulatoriali) idonei ad un'eventuale mobilità (*barrare la/e casella/e di interesse*):

INTRAZIENDALE

INTERAZIENDALE

A tal fine, il/la sottoscritto/a allega copia del proprio curriculum vitae redatto in forma di dichiarazione sostitutiva di certificazioni e dell'atto di notorietà, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii., e copia del proprio documento d'identità in corso di validità.

Lì _____

In fede
