

Raccomandata a/r

Al Comitato Consultivo Zonale  
della Provincia di Venezia  
c/o AULSS 12 Veneziana  
via Don Tosatto, 147  
30174 Mestre(Ve)

Il/La sottoscritto/a.....  
Nato/a.....il.....  
Residente in.....via.....  
Tel.....cellulare.....

Con riferimento alla pubblicazione dei turni disponibili pubblicati nel....trimestre 20.... comunica la propria disponibilità all'acquisizione del seguente turno/i

AULSS.....sede di.....branca di .....  
n°..... ore settimanali c/o.....  
AULSS..... sede di.....branca di .....  
n°..... ore settimanali c/o.....  
AULSS..... sede di.....branca di .....  
n°..... ore settimanali c/o.....  
INAIL/SASN sede di.....branca di.....  
n°.....ore settimanali c/o.....

A tal fine dichiara **ai sensi dell'art. 46 DPR n. 445/2000**, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero ( art. 76 del DPR n. 445/2000):

- di essere iscritto all'albo professionale dei Medici chirurghi ed odontoiatri (legge 409/85) /Medici Veterinari/altre professionalità sanitarie di.....dal...../...../.....
- di aver conseguito laurea in.....il.....presso l'Università di .....
- di aver conseguito specializzazione in .....ovvero diploma (artt. 3/35 Legge 56/89) il.....presso l'Università/Scuola di.....
- di avere / non avere in corso provvedimenti disciplinari ( se si indicare il tipo di provvedimento);

1. di essere Medico specialista ambulatoriale/Medico Veterinario/professionista titolare d'incarico a tempo indeterminato di ore.....dal.....presso.....con anzianità d'incarico dal.....presso.....;

2. di essere Medico specialista ambulatoriale/Medico Veterinario/professionista titolare d'incarico ai sensi dell'art. 23 comma 10 ACN per la specialistica convenzionata esecutivo in data 29.07.2009 s.m.i. con anzianità d'incarico (dal conferimento del primo incarico ex art. 23 comma 10) dal.....presso.....;

3. di essere specialista ambulatoriale titolare di pensione a carico di Enti diversi dall'Enpam;

4. di essere :

Titolare di Medicina generale	dal.....presso.....
Titolare di pediatria di libera scelta	dal.....presso.....
Titolare di medicina dei servizi	dal.....presso.....
Titolare di continuità assistenziale	dal .....presso.....
Dipendente di struttura pubblica	dal.....presso.....

in possesso del titolo di specializzazione/Legge 409/85 e Legge 56/89 dal..... nella branca principale e disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro;

5. di essere/non essere inserito nella graduatoria provinciale di Venezia anno .....;

6. di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali per la gestione della presente domanda ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003;

7. il sottoscritto allega alla presente domanda:.....  
.....  
.....

data.....

firma.....

**N.B. allegare copia non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore.**