

RACCOMANDATA A.R.

Al Comitato Consultivo Zonale dei  
Medici Specialisti Ambulatoriali  
della Provincia di Nuoro  
c/o ASL n. 3 di Nuoro  
Via Attilio Deffenu, 42- 08100 NUORO -

## DICHIARAZIONE DISPONIBILITÀ TURNI VACANTI

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Recapiti Tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

per l'esecuzione di prestazioni medico specialistiche

**nella branca di \_\_\_\_\_ secondo il seguente ordine di priorità:**

n. ore \_\_\_\_\_ presso il Poliambulatorio di \_\_\_\_\_ ASL n° \_\_\_\_\_  
n. ore \_\_\_\_\_ presso il Poliambulatorio di \_\_\_\_\_ ASL n° \_\_\_\_\_  
n. ore \_\_\_\_\_ presso il Poliambulatorio di \_\_\_\_\_ ASL n° \_\_\_\_\_  
n. ore \_\_\_\_\_ presso il Poliambulatorio di \_\_\_\_\_ ASL n° \_\_\_\_\_  
n. ore \_\_\_\_\_ presso il Poliambulatorio di \_\_\_\_\_ ASL n° \_\_\_\_\_

### 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 445/200.)*

- a) di essere iscritto all'albo professionale dei medici chirurghi e odontoiatri di \_\_\_\_\_  
b) di aver conseguito laurea in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
c) di aver conseguito specializzazione in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(per turni di Odontoiatria) di essere iscritto all'Albo degli Odontoiatri dal \_\_\_\_\_  
d) di avere / non avere in corso provvedimenti disciplinari (se sì indicare il tipo di provvedimento)  
dal \_\_\_\_\_

**1) di essere medico specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato, ai sensi dell'ACN**

di n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
di n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
di n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

con **anzianità di incarico** dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

(nel caso lo specialista si trovi in questa posizione) dichiara :

- di essere specialista che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN per la Medicina Specialistica Ambulatoriale **SI NO**
  - di svolgere altra attività compatibile per la quale è soggetto alle limitazioni di orario: **SI NO**
  - di essere titolare di pensione a carico diverso dall'ENPAM: **SI NO**
- 

2) di essere:

- a) titolare di medicina generale dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- b) titolare di pediatria di libera scelta dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- c) titolare di medicina dei servizi dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- d) titolare di continuità assistenziale dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- e) dipendente di struttura pubblica dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

*Le categorie di medici descritti sub a)- b) – c) – d) – e) – devono essere in possesso del titolo di specializzazione nella branca e dichiarare, altresì, la disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro.*

---

3) di essere medico specialista ambulatoriale **titolare di incarico a tempo determinato, (automaticamente rinnovabile)** ai sensi **dell'art. 23, comma 10** dell'ACN

di n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
di n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
di n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

con **anzianità di incarico** (fare riferimento sempre ad incarico automaticamente rinnovabile),  
dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

---

(nel caso lo specialista si trovi in questa posizione) dichiara :

- di essere specialista che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN della Medicina Specialistica Ambulatoriale: **SI NO**
  - di svolgere altra attività compatibile per la quale è soggetto alle limitazioni di orario: **SI NO**
  - di essere titolare di pensione a carico diverso dall'ENPAM: **SI NO**
- 

4) di essere medico specialista ambulatoriale **titolare di incarico a tempo determinato, (NON automaticamente rinnovabile)** ai sensi **dell'art. 23, comma 11** dell'ACN della Medicina Specialistica Ambulatoriale

di n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
di n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
di n. ore \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

---

5)  **di essere**

- inserito nella graduatoria** provinciale di Nuoro
- non inserito nella graduatoria** provinciale di Nuoro

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi del D. Lgs 30.06.2003 n° 196 “Codice Privacy” che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del presente procedimento.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto dichiarato corrisponde al vero.

data \_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_