

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI AL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO O DI SOSTITUZIONE – ANNO 2024 - art. 19, comma 12 dell'Accordo Collettivo Nazionale 04 Aprile 2024.**

Marca da  
bollo  
€ 16,00

Alla A.S.P PALERMO  
U.O.C. Specialistica ambulatoriale Interna ed Esterna  
Via La Loggia, 5  
90129 PALERMO  
[specialisticainternacp.pec@asppa.it](mailto:specialisticainternacp.pec@asppa.it)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Via/Piazza/Corso \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ P.E.C. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per la formazione di una **GRADUATORIA AZIENDALE DI MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI AL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO O DI SOSTITUZIONE** per la branca sotto elencata :

medici specialisti ed odontoiatri: branca di.....

(Presentare una domanda per ogni singola branca)

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni non veritiere dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

**DICHIARA**

di essere cittadino/a italiano/a

di essere cittadino/a di altro Paese appartenente alla UE (*specificare*).....

di possedere il diploma di laurea (DL) in .....

(medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria):

– diploma di laurea con voto...../110  senza lode  con lode, conseguito presso

l'Università di ..... in data...../...../.....;

– di essere abilitato/a all'esercizio della professione di..... (medico  
chirurgo - odontoiatra) nella sessione presso l'Università di .....

– di essere iscritto/a all'Albo professionale dei/degli ..... (medici chirurghi -  
odontoiatri) presso l'Ordine provinciale di ..... dal .....

- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

..... conseguita il..... / ..... /.....

presso l'Università di..... con voto.....  senza lode  con lode

..... conseguita il..... / ..... /.....

presso l'Università di..... con voto.....  senza lode  con lode

..... conseguita il..... / ..... /.....

presso l'Università di..... con voto.....  senza lode  con lode

di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM .

di essere  di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale

di essere  non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.

*(In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata in caso di sospensione dall'Albo):* \_\_\_\_\_

di avere  non avere riportato condanne penali;

di avere  non avere procedimenti penali pendenti;

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data .....

Firma per esteso .....

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. n.445/2000 tale documentazione è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.