

Si sottolinea che, pena l'esclusione, la domanda dovrà essere compilata in stampatello in modo leggibile e presentata con Posta Elettronica Certificata (PEC) o RACCOMANDATA A/R o consegna a mano dal giorno 1 al giorno 15, contestualmente al periodo di pubblicazione.

Spett.
ASST "Papa Giovanni XXIII"
sede del Comitato Zonale di Bergamo
ex art. 18 ACN del 4.04.2024
P.zza OMS, 1
24127 BERGAMO

Oggetto: domanda conferimento turno specialistico vacante nel _____ trimestre _____
BRANCA _____

Il/La sottoscritto/a dott./ssa* _____ nato/a a* _____

il* _____ M F C.F.* _____

residente a* _____ (prov. ____) via* _____

cap.* _____ tel. _____ cell.* _____

e-mail* _____

posta elettronica certificata (PEC)* _____

* dati obbligatori

in qualità di:

- MEDICO SPEC. AMB.LE nella branca di _____**
- ODONTOIATRA**
- MEDICO VETERINARIO nella branca di _____**
- PROFESSIONISTA (biologo, chimico, psicologo/psicoterapeuta) _____**

DICHIARA

- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato in qualità di medico specialista / odontoiatra / veterinario / professionista nella branca di _____**
dal _____ a tutt'oggi presso _____
- di essere inserito nella graduatoria dell'anno in corso nella branca di _____**
- di essere specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (_____)**
non iscritto nella graduatoria, ma in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 ACN 4.04.2024
- di essere titolare di MMG, pediatra LS, medico dipendente del SSN dal _____ a tutt'oggi**
c/o _____

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:

- di essere in possesso del diploma di laurea (DL) o laurea specialistica (LS) in _____
conseguito c/o l'Università di _____ in data _____
- di essere in possesso della specializzazione in _____
conseguita il _____ c/o l'Università di _____
- iscritto all'Albo dei MEDICI CHIRURGHI/ODONTOIATRI/VETERINARI/PROFESSIONISTI (biologi,
chimici e psicologi) di _____ dal _____

in relazione alla pubblicazione dei turni specialistici vacanti di questo trimestre,

DICHIARA

La propria disponibilità all'incarico in oggetto presso:

ATS/ASST di c/o Ambulatorio di h.

INAIL di c/o Ambulatorio di h.

A tal fine comunica di essere già titolare di incarico presso:

ATS/ASST di c/o Ambulatorio di h.

ATS/ASST di c/o Ambulatorio di h.

ATS/ASST di c/o Ambulatorio di h.

INAIL di Bergamo c/o Ambulatorio di h.

Qualora le ore assegnate dovessero superare il tetto massimo consentito, il sottoscritto, dichiara di rinunciare al seguente incarico:

ATS/ASST di c/o Ambulatorio di h.

ATS/ASST di c/o Ambulatorio di h.

INAIL di Bergamo c/o Ambulatorio di h.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

indirizzo PEC

la propria residenza

Bergamo,

.....
(firma per esteso)

Allegare fotocopia documento d'identità (in caso di spedizione anche via PEC)