ALLA UOSD PERSONALE CONVENZIONATO

Domanda per la copertura di turno vacante – Specialistica ambulatoriale convenzionata – ai sensi dell'art. 20, comma II ACN del 05/02/2026

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa _____ nato/a a _____ il _____ residente in _____ via/Piazza n° _____ cell._____ mail _____ .

In relazione alla richiesta di disponibilità pubblicata sul portale aziendale della Asl di Latina, per la copertura di turni vacanti nella Specialistica Ambulatoriale Convenzionata branca di **Cardiologia**

DICHIARA

- **1. (obbligatoria)**: di essere disponibile a ricoprire il turno indicato per n° _____ ore settimanali nella branca di _____ presso_____ secondo l'articolazione oraria prevista nella richiesta di disponibilità citata.

- **2. (facoltativa):** di essere disponibile a ricoprire il turno indicato per n° _____ ore settimanali nella branca di _____ presso_____ secondo l'articolazione oraria prevista nella richiesta di disponibilità citata.

- **3. (facoltativa):** di essere disponibile a ricoprire il turno indicato per n° _____ ore settimanali nella branca di _____ presso_____ secondo l'articolazione oraria prevista nella richiesta di disponibilità citata.

Consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (richiamate dall'articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (articolo 75 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445);

DICHIARA

- di essere titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato con la Asl di Latina per n. ___ ore settimanali di specialistica ambulatoriale convenzionata nella branca di _____;

- di essere titolare dei seguenti rapporti convenzionali:

- presso la ASL _____ per n. _____ ore settimanali per attività_____;

- presso la ASL _____ per n. _____ ore settimanali per attività_____;

- presso la ASL _____ per n. _____ ore settimanali per attività_____;

- di avere un impegno orario complessivo di n° _____ ore;

- di avere una anzianità di incarico decorrente dal _____;

- di essere in possesso della Specializzazione in _____, conseguita in data _____, presso l'Università _____.

.....

(luogo e data)

.....

(firma per esteso e leggibile del dichiarante)

- In allegato documento di identità.

Informativa ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.
I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento, per il quale la presente dichiarazione viene resa.