



**ALLA UOC PROGRAMMAZIONE E GESTIONE  
DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE E RECLUTAMENTO**

**Domanda per la copertura di turno vacante – Specialistica ambulatoriale convenzionata – ai sensi dell’art. 20, comma II ACN del 04.04.2024**

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 un turno vacante nella Specialistica Ambulatoriale Convenzionata

**DICHIARA**

- **1<sup>a</sup> preferenza (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<sup>a</sup> preferenza (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 \_\_\_\_\_.

➤ In allegato documento di identità.

.....

(luogo e data)

.....

(firma per esteso e leggibile del dichiarante)

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.