



ALLA UOC PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE E RECLUTAMENTO

Domanda per la con sensi dell'art. 20, con		_	stica ambulatoriale	convenzionata – ai
Il/la sottoscritto/a	dr./dr.ssa			nato/a a
via/Piazza n°			cell	
mail		·		
In relazione alla richie	esta di disponibilità	pubblicata sul porta	ale aziendale della As	l di Latina, per la
copertura di un turno	vacante nella Specia	alistica Ambulatoria	ale Convenzionata	
		DICHIARA		
di essere disponibile a				
	pres	so		secondo
l'articolazione oraria	prevista nella richie	esta di disponibilità	citata.	
Consapevole delle sar	nzioni penali previst	te nel caso di dichia	razioni non veritiere,	di formazione o uso
di atti falsi (richiamat	e dall'articolo 46 de	el D.P.R. 28 dicemb	ore 2000, n. 445), non	ché della decadenza
dai benefici consegue	nti al provvediment	to eventualmente er	nanato sulla base del	la dichiarazione non
veritiera, qualora dal	l controllo effettuar	to emerga la non	veridicità del conter	nuto di taluna delle
dichiarazioni rese (art	cicolo 75 del DPR 2	8 dicembre 2000, n	. 445);	
		DICHIARA		
- di essere titolare di r settimanali di speciali		-		•





C	nti rapporti conver	nzionali:	
- 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 in	carico decorrente o	dal	;
- di essere in possesso della	Specializzazione	in	, conseguita in
data,	presso l'Universita	à	·
data,	presso l'Universita	à	
data,	presso l'Universita	à	
	presso l'Universita	à	
		à	

> 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.