

Al Sig. Presidente
del COMITATO ZONALE MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI
presso ASL. LECCE - Viale Don Minzoni, 8
LECCE

Il sottoscritto dott.
nato a (prov. di) il residente in
(prov. di) via n° C.A.P.
tel.

Di essere in possesso di diploma di laurea in medicina e chirurgia odontoiatria, laurea in
conseguita presso l'Università di
in data con voto

Di essere abilita all'esercizio della professione di nella
sessione presso l'Università di

Di essere in possesso della seguente specializzazione:
in conseguita il presso l'Università
di con voto

In riferimento alla lettera n. del chiede che gli sia assegnato l'incarico per i turni di
seguito riportati nell'ordine di preferenza e per il numero di ore settimanali a fianco di ciascuno indicati:

- | | |
|----------|----------|
| 1) | 4) |
| 2) | 5) |
| 3) | 6) |

Al tal fine il sottoscritto, consapevole che la segnalazione di notizie non veritiere comporta - ai sensi del vigente

Accordo per i Medici speciali ambulatoriali la revoca dell'incarico, DICHIARA, assumendone la responsabilità, di:
- essere/non essere già titolare di incarico ambulatoriale nella branca di presso
..... per n. ore settimanali anzianità di servizio dal;
- avere/non avere rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato (denominazione)
con/senza divieto di libero esercizio professionale con
la qualifica di;
- essere/non essere titolare di convenzionamento esterno nella branca di
con la A.S.L.;
- essere/non essere iscritto nella lista di medici generici di libera scelta;
- essere/non essere iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta;
- esercitare/non esercitare la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti e
struttura sanitaria pubblica o privata (denominazione)
non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche Accordo
per i Medici speciali ambulatoriali;
- operare/non operare a qualsiasi titolo nelle case di cura convenzionate con la A.S.L. (denominazione)
.....;
- svolgere/non svolgere attività fiscali per conto della A.S.L.;
- svolgere le seguenti altre attività:;
- essere/non essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore di
poliambulatorio, direttore o responsabile di laboratorio per analisi cliniche, di gabinetti di terapia fisica, di radiologia,
di medicina nucleare e di radioterapia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale;
- essere disponibile, in caso di incarico, a rinunciare alle seguenti attività incompatibili o comportanti limitazioni di
orario fra quelle sopra citate

.....
(data)

.....
(firma per esteso)