

BRANCA: _____

POLIAMBULATORIO _____ ORE _____

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000),

D I C H I A R A (barrare la voce che non interessa)

• **ESSERE / NON ESSERE (art. 19 comma 2 lettera A)**

Titolare di rapporto convenzionale annuale con il SSN a tempo indeterminato nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico

Branca _____

Ente _____

Dal _____ Ore _____;

• **ESSERE / NON ESSERE (art. 19 comma 2 lettera B)**

Titolare di incarico a tempo indeterminato in diverso ambito zonale della Regione o di altre Regione confinante o presso sedi INAIL o SASN della Regione o di altre Regione confinante)

Branca _____

Ente _____

Dal _____ Ore _____;

• **ESSERE / NON ESSERE (art. 19 comma 2 lettera C)**

Titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o presso sedi INAIL o SASN ubicate in altra Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità)

Branca _____

Ente _____

Dal _____ Ore _____;

• **ESSERE / NON ESSERE (art. 19 comma 2 lettera D)**

Titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN vigente e richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;

Branca _____

Ente _____

Dal _____ Ore _____;

• **ESSERE / NON ESSERE (art. 19 comma 2 lettera E)**

Titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN vigente e richiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione

Branca _____

Ente _____

Dal _____ Ore _____;

• **ESSERE/NON ESSERE (art. 19, comma 2, lett. F)**

Titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile nel rispetto di quanto previsto dall'art. 26 comma 1 dell'ACN;

• **ESSERE/NON ESSERE (art. 19, comma 2, lett. G)**

Titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa

• **ESSERE/NON ESSERE (art. 19 comma 2 lettera H)**

Specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 17 dell'ACN vigente in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda, con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato – inserito nella graduatoria vigente definitiva valevole per l'anno 2019

nella branca di _____ - posizione n ° _____

• **ESSERE/NON ESSERE (art. 19, comma 2, lett. I).**

Medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, medico di medicina dei servizi, medico dipendente di struttura pubblica che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano

(specificare Azienda, tipo di rapporto e decorrenza) _____

• **ESSERE/NON ESSERE titolare di trattamento pensionistico erogato da**

SVOLGERE / NON SVOLGERE ulteriori incarichi professionali o comunque denominati presso Enti diversi dal S.S.N. qualunque sia la tipologia del rapporto anche se denominato di tipo libero/professionale (indicare Ente e tipo di attività)

EVENTUALI ALTRE NOTE/COMUNICAZIONI:

_____ lì _____

In fede

firma leggibile

Allegati: Fotocopia del documento d'identità in corso di validità