

Al Comitato Consultivo Zonale Medici Specialisti
Ambulatoriali Interni, Medici Veterinari ed altre Professionalità
c/o Azienda Sanitaria Locale di Matera – ASM MATERA
Via Montescaglioso
75100 MATERA

Oggetto: domanda di assegnazione incarico nella branca di _____

Il sottoscritto/a dott. (cognome e nome) _____ nato/a _____ (Prov. di _____) il _____ residente a _____ Via _____
n° _____ Cap _____ tel. _____ e.mail _____

PeC* (obbligatoria ai sensi dell'art. 16 - L.n.2/2009) _____

Specializzato in _____ vista la pubblicazione dei turni vacanti del _____ (trimestre ed anno)

DICHIARA

- 1) di essere laureato ___ in _____ (medicina e chirurgia o odontoiatria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto _____ presso l'Università di _____ in data _____
- 2) di essere iscritt ___ all'Albo Professionali di _____ dal _____
- 3) di essere in possesso della Specializzazione in _____ conseguita il _____ con voto _____

CHIEDE l'assegnazione degli incarichi di seguito riportati nell'ordine di preferenza:

- 1) _____ PER N. _____ ORE SETTIMANALI
- 2) _____ PER N. _____ ORE SETTIMANALI
- 3) _____ PER N. _____ ORE SETTIMANALI
- 4) _____ PER N. _____ ORE SETTIMANALI

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara di trovarsi **nella seguente posizione lavorativa:**

a) **Tipologia di lavoro e contratto** (specificare se dipendente a tempo determinato o indeterminato, convenzionato, rapporto libero professionale): _____

b) **Attuale Sede di lavoro:** _____ (prov. _____) c) **Data di**

Assunzione _____ **Data di Fine Rapporto** (se previsto): _____

d) **Struttura Sanitaria** (specificare se Asl, Inail, Ospedale, **pubblica, privata o privata convenzionata**):

Inoltre, dichiara di **essere/non essere** (cancellare la parte che non interessa) incluso nella vigente graduatoria della specialistica ambulatoriale di questo Comitato Zonale, per la suindicata branca specialistica, al posto n. _____

Eventuali annotazioni in merito alla presente domanda:

Il/la sottoscritto/a dott. _____ consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci, afferma che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Data..... Firma (per esteso)

Eventuali allegati: 1. **Copia documento di riconoscimento**; 2. _____; 3. _____

(Inviare con Raccomandata A.R. –oppure raccomandata a mani presso il protocollo aziendale) oppure tramite PEC:

asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it