

Domanda per l'affidamento di un incarico a tempo determinato di cui all'articolo 10, commi 8-10 dell'A.C.N. INAIL del 15 maggio 2018 nella branca della medicina legale.

il/lasottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____

Via/Piazza _____ n. _____ c.a.p. _____

Telefono n. _____ Indirizzo pec _____

Indirizzo e mail _____

Dichiara la disponibilità alla copertura dell'incarico a tempo determinato di n. _____ ore settimanali nella branca di medicina legale.

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 dall'incarico (art. 75 DPR 445/2000),

D I C H I A R A

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data _____

2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di _____

3. di essere in possesso della specializzazione in medicina legale conseguita presso l'Università di _____ in data _____

4. di essere specialista ambulatoriale titolare a tempo indeterminato nella branca di medicina legale con data di primo incarico (indicare giorno, mese ed anno) _____ / _____ / _____ presso l'Azienda USL (o altro ente) di _____ per complessive n. _____ ore settimanali;

o

di essere specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo determinato nella branca di medicina legale con data di primo incarico (indicare giorno, mese ed anno) _____ / _____ / _____ presso l'Azienda USL (o altro ente) di _____ per complessive n. _____ ore settimanali;

o

di essere specialista nella branca di medicina legale;

5. di essere inserito in una graduatoria vigente per la specialistica ambulatoriale nella branca di medicina legale di _____ alla posizione n. _____ con punti _____

o

di non essere inserito in una graduatoria vigente per la specialistica ambulatoriale

dichiara inoltre:

- di essere cittadino italiano
 - di essere cittadino di altro paese appartenente alla UE
(specificare)
-

non fruire di trattamento di quiescenza;

di impegnarsi, in caso di assegnazione di incarico, a rimuovere eventuali situazioni di incompatibilità, come prescritto dall'articolo 2 dell'A.C.N. INAIL del 15 maggio 2018;

di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla riservatezza, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento;

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni variazione in merito a quanto sopra riportato.
Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:

Data _____ Firma per esteso (*) _____

(*) La sottoscrizione di tale dichiarazione, non soggetta ad autenticazione, deve essere inviata unitamente a copia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, dichiara inoltre che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.lgs.n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

In fede

Data _____ Firma per esteso _____