Fac simile domanda

ALLA ASL ROMA 5

UOC GESTIONE DEL PERSONALE

VIA ACQUAREGNA, 1-15

00019 TIVOLI RM

Email:personale.convenzione@aslroma5.it

**OGGETTO**: domanda per la copertura di ore vacanti di specialistica ambulatoriale a convenzione ai sensi dell’art. 20 c. 1 ACN/2020.

Il/la sottoscritto/a Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in risposta all’Avviso n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della ASL Roma 5 per la copertura di ore vacanti nella specialistica ambulatoriale a convenzione

**CHIEDE**

Di partecipare al suddetto Avviso, dichiarandosi disponibile a coprire il turno ivi indicato per n. \_\_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso il Distretto sanitario di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ secondo l’articolazione oraria prevista nell’Avviso per tale turno.

A tal fine dichiara, ai sensi del DPR 445/2000 e smi, sotto la propria responsabilità e consapevole delle di essere titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato per la ASL Roma 5 per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali di specialistica ambulatoriale a convenzione nella branca di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ svolte presso il Distretto sanitario di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di essere titolare dei seguenti ulteriori rapporti convenzionali:

presso la ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , per n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ settimanali per attivittà di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso la ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , per n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ settimanali per attivittà di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso la ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , per n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ settimanali per attivittà di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso la ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , per n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ settimanali per attivittà di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di avere un impegno orario complessivo di n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali
2. che l’anzianità dell’incarico (data inizio del rapporto convenzionale registrata dal Comitato Zonale ) decorre dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il sottoscritto da il proprio assenso al trattamento dei dati personali, che verranno utilizzati per i fini connessi all’espletamento della presente procedura selettiva

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_