

**personale.convenzione@pec.aslroma5.it**

**OGGETTO:** domanda di partecipazione all'Avviso interno per la copertura di ore vacanti di specialistica ambulatoriale a convenzione – aumento orario- **BRANCA** \_\_\_\_\_, ai sensi dell'art. 20 ACN/2020 e s.m.i..

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_, in risposta all'Avviso n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di partecipare al suddetto Avviso, dichiarandosi disponibile all'assegnazione delle seguenti ore ivi indicate

- per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali presso il Distretto sanitario/Dipartimento – sede di \_\_\_\_\_ da svolgersi il (indicare articolazione oraria) \_\_\_\_\_.
- per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali presso il Distretto sanitario/ Dipartimento – sede di \_\_\_\_\_ da svolgersi il (indicare articolazione oraria) \_\_\_\_\_.

A tal fine dichiara, ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci:

1. di aver preso visione di quanto indicato nell'Avviso (orario/modalità/requisiti/competenze/esclusione) e di essere in possesso dei requisiti/competenze per lo svolgimento delle attività come indicate nell'Avviso che verranno svolte dal sottoscritto in caso di assegnazione delle ore richieste
2. di essere titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato, branca \_\_\_\_\_ per la ASL Roma 5 per n. \_\_\_ ore settimanali svolte presso il Distretto di \_\_\_\_\_ (indicare articolazione oraria) \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_ ore settimanali svolte presso il Distretto di \_\_\_\_\_ (indicare articolazione oraria) \_\_\_\_\_
3. di essere titolare dei seguenti ulteriori incarichi convenzionali:  
presso la ASL \_\_\_\_\_, per n. \_\_\_\_\_ settimanali per attività di \_\_\_\_\_  
presso la ASL \_\_\_\_\_, per n. \_\_\_\_\_ settimanali per attività di \_\_\_\_\_
4. di avere un impegno orario complessivo di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali
5. che l'anzianità dell'incarico a tempo indeterminato presso la ASL ROMA 5 decorre dal \_\_\_\_\_
6. di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_

Allega:

- Autorizzazione del Direttore alla modifica dell'orario in caso di sovrapposizione
- Dichiarazione rimodulazione/riduzione orario /cessazione presso altre Aziende

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: \_\_\_\_\_