

Marca da bollo
16 €

Al Comitato Zonale Per la Provincia di Crotone
A.S.P. DI CROTONE

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI

A TEMPO DETERMINATO

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445
da presentare unitamente ad una copia di un documento di identità

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____

Il _____ residente in _____ (prov. di _____) n° _____ C.A.P. _____

Recapiti telefonici _____

indirizzo PEC (obbligatorio) _____

Specialista in _____ data di specializzazione _____ data di laurea _____

CHIEDE di partecipare all'assegnazione dei turni vacanti per l' area professionale di:

MEDICINA SPECIALISTICA:BRANCA Medicina Legale presso l'INAIL – SEDE DI CROTONE;

e in modo specifico, per N. 9 ore a tempo determinato resesi disponibili per il 3° trimestre 2018, di cui all'avviso n° _____ del _____.

DICHIARA

1. Di essere Medico specialista ambulatoriale per la branca di medicina legale inserito nella graduatoria vigente (posizione n° _____);
2. Di essere Medico specialista ambulatoriale **NON INSERITO** nella graduatoria vigente .
3. Di non trovarsi in nessun caso di incompatibilità prevista dall'art. 2 dell'ACN Medici Specialisti Ambulatoriali Interni – INAIL.

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

Il sottoscritto dichiara infine di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali riportata nell'Avviso di pubblicazione, ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 e autorizza al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e utilizzati esclusivamente per l'espletamento dell'Avviso di pubblicazione dei turni vacanti, per le strette finalità espresse nello stesso avviso.

(località)

(data)

(firma)