

**DOMANDA DI ATTRIBUZIONE DI TURNI DISPONIBILI (ART. 21, COMMA 1 – ACN/20)
RELATIVA ALLA PUBBLICAZIONE DEGLI INCARICHI DI CUI ALL'ART. 20, COMMA
3 – ACN/20, AREA SPECIALISTICA AMBULATORIALE.**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ nato/a _____
(Prov. di _____), il _____, residente a _____ Via _____
n° _____ Cap _____ tel. _____ e.mail _____ PEC
(obbligatoria ai sensi dell'art.16L.n.2/2009) _____ laureato/a
in _____ e Specializzato/a in _____ in riferimento
alla Pubblicazione dei turni vacanti del ____° trimestre anno _____ giusta Delibera N. _____
del _____.

DICHIARA

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

CHIEDE

l'assegnazione degli incarichi come di seguito riportati nell'ordine di preferenza, nella branca di
_____;

- 1) N. _____ ore sett.li c/o il Poliambulatorio di _____;
- 2) N. _____ ore sett.li c/o il Poliambulatorio di _____;
- 3) N. _____ ore sett.li c/o il Poliambulatorio di _____;
- 4) N. _____ ore sett.li c/o il Poliambulatorio di _____;
- 5) N. _____ ore sett.li c/o il Poliambulatorio di _____.

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

- a) **Tipologia di lavoro e contratto** (specificare se convenzionato, dipendente a tempo
determinato o indeterminato, rapporto libero professionale):
_____;
- b) **Attuale/i sede/i di lavoro** _____ per
complessive n. ore sett.li _____, specificare **Struttura Sanitaria** pubblica, privata o
privata convenzionata (Asl. Inail, Ospedale): _____;
- c) **Data anzianità di servizio** in qualità di Specialista Ambulatoriale a tempo indeterminato:
_____.

DICHIARA, altresì,

- essere/non essere incluso/a nella Graduatoria della Specialistica Ambulatoriale
vigente della Provincia di Enna (cancellare la parte che non interessa), per la
suindicata branca specialistica, al posto n. _____.

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

Data

Firma per esteso

**N.B. Alla presente domanda da inviare con pec a "protocollo.generale@pec.asp.enna.it", durante il periodo di
pubblicazione degli incarichi (art.20 ACN/20) dall' 1 al 15, bisogna allegare l'Autocertificazione Informativa
(Allegato B) e la copia fotostatica di un documento d'identità.**