

DOMANDA INCARICO TEMPORANEO (UN MESE) DI MEDICINA DEI SERVIZI

Il/la sottoscritto/a _____
 nat_ a _____ il _____ residente in _____
 Via/piazza _____ telefono _____
 indirizzo e-mail _____

con la presente chiedo il conferimento di uno dei seguenti incarichi, riportati secondo l'ordine di preferenza, di cui alla consultazione promossa da codesta Azienda in data _____.

Sono a conoscenza che, qualora mi trovi nella necessità di interrompere l'incarico prima della scadenza del termine, le mie dimissioni saranno accolte dal 1° giorno del secondo mese successivo dalla presentazione delle stesse, assumendo sin d'ora ogni responsabilità per eventuali disservizi che potessero derivare in conseguenza del mancato rispetto di tale preavviso.

	TIPO DI ATTIVITÀ	ORE SETT.LI	PERIODO	PRESIDIO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

DICHIARO inoltre di essere titolare esclusivamente del seguente incarico (contrassegnare le voci che interessano, e compilare i relativi spazi vuoti), e di non svolgere altra attività, anche se compatibile, presso soggetti pubblici o privati:

- Di non avere in corso alcun incarico di lavoro dipendente o convenzionato;
- Di non trovarmi in alcuna delle posizioni di incompatibilità previste dall'Intesa Conferenza Stato – Regioni del 29.07.2010 e s.m.i.;
- Di avere conseguito il seguente VOTO _____ e DATA di Laurea _____

Data, _____ firma _____

Ai sensi dell'art 13 del D. Lgs 196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno unicamente utilizzate per le finalità per le quali sono state acquisite

TESTO DELLA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 47 D.P.R. 445/00)

La presente dichiarazione personale deve essere sottoscritta esclusivamente in caso di effettivo conferimento di un incarico temporaneo presso l'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO.

Il/la sottoscritto/a _____

nat_ a _____ il _____

dichiaro di accettare l'incarico temporaneo di:

conferitomi dalla Azienda Sanitaria di Firenze

con decorrenza _____ / _____ / _____ e termine presunto _____ / _____ / _____

incarico da svolgere presso il presidio _____

Sono consapevole che l'incarico conferito **non** è cedibile ad altro medico.

Dichiaro, infine, sotto la mia personale responsabilità civile e penale, che quanto a retro dichiarato corrisponde al vero.

Mi impegno, infine, a comunicare all'Azienda Sanitaria eventuali variazioni a quanto sopra dichiarato.

Firenze, _____

Firma del dichiarante

Accertata identità del dichiarante mediante:

Conoscenza personale

Esibizione del documento: _____ rilasciato da _____

in data _____ con il numero _____

Firma del funzionario