

**DA INVIARE ESCLUSIVAMENTE VIA PEC DAL 1° AL 15 Gennaio 2026.**

**ALL'INDIRIZZO : specialistiambulatoriali.uslcentro@postacert.toscana.it**

**L'OGGETTO DELLA PEC DOVRA' ESSERE OBBLIGATORIAMENTE:**

**“DICHIARAZIONE INDENNITA' DI DISPONIBILITA’”**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

Ai sensi dell'art. 47 del DPR n.445 del 28/12/2000

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Residenza: Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_  
Specialista / Veterinario / Professionista ambulatoriale a tempo indeterminato nella branca di \_\_\_\_\_  
per un monte orario totale di n. \_\_\_\_\_ ore sett.li così suddivise:  
n. \_\_\_\_\_ ore sett.li svolte presso (\*) \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ ore sett.li svolte presso (\*) \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ ore sett.li svolte presso (\*) \_\_\_\_\_  
(\*) AUSL / AO / INAIL / Istituto Zooprofilattico

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti e di uso di atti falsi, così come stabilito dall'art.76 del DPR n.445/2000, e consapevole delle decadenze dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA FORMALMENTE**

- che dal 01/01/2026 al 31/12/2026 non ha svolto e non svolgerà attività libero professionale, fatto salvo quanto previsto dall'art. 42 dell'ACN vigente;
- di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni intervenute successivamente alla sottoscrizione della presente dichiarazione (es. riduzione oraria ai sensi dell'art. 31 comma 5 ACN vigente, rinuncia al completamento orario di cui all'art. 20 comma 2) comprese quelle effettuate presso altre Aziende Sanitarie;

**CHIEDE**

pertanto di poter fruire dei benefici economici previsti dall'articolo 43, comma 1, lett. b comma 15 o dall'art.44, comma 1 lett. b) e comma 11 del suddetto ACN

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

**N.B. Allegare copia non autenticata di un documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore**

***Ai sensi dell'art.45, commi 2 e 3, l'indennità di disponibilità verrà corrisposta agli specialisti / veterinari / professionisti a tempo indeterminato con rapporto di lavoro di almeno 12 ore settimanali instauratosi con una o più Aziende del SSN (escluso INAIL, Istituto zooprofilattico).***