**All’ASL AL**

**Via Venezia, 6** - **15121 Alessandria (AL)**

**SEDE DEL COMITATO ZONALE DI ALESSANDRIA**

[**aslal@pec.aslal.it**](mailto:aslal@pec.aslal.it)

**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 d’identità

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presa visione della pubblicazione del mese di □ marzo □ giugno □ settembre □ dicembre effettuata da questo Comitato,

**CHIEDE di partecipare all’assegnazione dei turni per la**

**MEDICINA SPECIALISTICA: BRANCA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MEDICINA VETERINARIA: AREA A** □ **AREA B** □ **AREA C** □

per n. \_\_\_\_ ore settimanali a tempo determinato presso la sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’ASL AL

per n. \_\_\_\_ ore settimanali a tempo determinato presso la sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’ASL AL

per n. \_\_\_\_ ore settimanali a tempo determinato presso la sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’ASL AL

**DICHIARA**

a) di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b) di essere iscritto all’Albo professionale dei Medici Chirurghi/Odontoiatri/Veterinari presso l’Ordine provinciale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c) di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**ai sensi dell’art. 22 A.C.N. 04.04.2024**

1. □ di essere specialista/veterinario iscritto nelle graduatorie, relative l’ambito zonale provinciale di Alessandria, di cui all’art. 19 A.C.N. 04.04.2024, in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi Posizione n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. □ di essere specialista/veterinario in possesso dei requisiti di cui all’art. 19 A.C.N. 04.04.2024;

Dichiara altresì,

- di essere disposto assumendo l’incarico ambulatoriale a rinunciare alle attività incompatibili secondo la normativa vigente;

- di non aver inoltrato domanda di quiescenza e di non percepire il trattamento pensionistico;

- altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente domanda possano essere trattati dall’ASL AL ed Enti o Aziende collegate nel rispetto del D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679, esclusivamente nell’ambito del presente procedimento.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza delle conseguenze penali stabilite dal D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni in caso di attestazioni non veritiere o incomplete e conferma sotto la propria responsabilità le dichiarazioni sopra indicate.

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**La sottoscrizione di tale dichiarazione deve essere presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).**

**AVVERTENZE**

Ai fini delle procedure di cui all’art. 22 è conferito allo specialista/veterinario secondo la graduatoria di cui all’art. 19 in vigore per l’anno 2025; in caso indisponibilità l’incarico può essere conferito agli specialisti/veterinari in possesso dei requisiti di cui all’art. 19, graduati nell’ordine della minore età anagrafica, dell’anzianità di specializzazione e dell’anzianità di laurea.