RACCOMANDATA A.R. o P.E.C.

All' Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina Ufficio Medicina Specialistica Via del Farneto, 3 34142 – TRIESTE

asugi@certsanita.fvg.it

	DI N	NIBILITA' A RICOPRIRE L'IN ORE SETTIMANALI I PRESSO	NELLA BRANCA DI
	PUBBLICAZ	IONE DEL MESE DI MARZO 2	2020
II sotto	scritto (cognome)	(nome)	
nato a		(prov. di)_il
reside	nte a	C.A.P	(prov. di)
Via		n 1	el
Altri re	capiti e-mail o PEC		
Codice	e fiscale _ _ _ _	_ _ _ Codice Enpam	
		dichiara	
la pro	pria disponibilità allo svolgimento	dell'incarico a tempo	di n ore
settima	anali nella branca	di	presso
		·	
	fine dichiara, ai sensi dell'art pevole delle sanzioni penali pr		
	pondenti al vero (art. 76 del DPF	=	oni faise o comunque non
4	di naccadore la cittadinanza i	taliana augura di naccadara la	oittadinanza di altra Dagga
1.	di possedere la cittadinanza il	•	
2	-	specificato	
۷.	di essere iscritto all'Albo professi	•	
0	didal		1
3.	di aver conseguito la laurea in		
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
4.	di aver conseguito la specializza		
5.	i. di avere / non avere in corso provvedimenti disciplinari (specificare)		
6.	di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 25 dell'A.C.N. del 17.12.2015		

Dichiara, inoltre, di essere:

ale regolamentata dal pre i provinciali di INAIL e SA	cato l'incarico, attività ambulatoriale r esente Accordo; titolare di incarico a ter
provinciali di INAIL e SA	
	ASN ubicate nel medesimo ambito zonal
dal	presso
dal	presso
dal	presso
titolarità dal	presso
a 2 lett. b): "titolare di i	ncarico a tempo indeterminato, che svo
olamentata dal presente	e Accordo in diverso ambito zonale o
confinante; titolare di inc	arico a tempo indeterminato presso le s
della Regione o di altra F	Regione confinante"
dal	presso
dal	presso
dal	presso
finante o titolare di inca di Regione non confinant	li incarico a tempo indeterminato in ar arico a tempo indeterminato presso le te, che faccia richiesta di essere trasferit
ata la disponibilità"	
dal	presso
<u> </u>	
	presso
titolarità dal	
	titolarità dal

con anzianità di ir	ncarico di titolarità dal	presso
indeterminato che	e esercita esclusivamente att	alista ambulatoriale titolare di incarico a tempo ività ambulatoriale regolamentata dal presente nca delle quale è in possesso del titolo di
per n. ore	dal	presso
per n. ore	dal	presso
per n. ore	dal	presso
con anzianità di ir	ncarico di titolarità dal	presso
	-	e di incarico a tempo indeterminato nello stesso bile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 26,
per n. ore	dal	presso
		presso
per n. ore	dal	presso
	19 comma 2 lett. g): "titola	presso presso are di incarico a tempo indeterminato presso il
per n. ore	dal	presso
con anzianità di ir	n carico di titolarità dal	presso
graduatorie di cu	ii all'art. 17 del presente A	ecialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle ccordo in vigore il primo giorno utile per la ei già titolari di incarico a tempo indeterminato"
inserito nella grad	uatoria provinciale di Trieste	per l'anno nella branca di
di libera scelta, i disponibilità a con in possesso del tit giuridica a data da	medico dipendente del Servi vertire completamente il propr folo di specializzazione della b ll'incarico"	di medicina generale, medico specialista pediatra izio Sanitario Nazionale che esprima la propria rio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere pranca in cui partecipano e matureranno anzianità presso

b) medico pe	ediatra di libera scelta titolare	e dal presso			
c) medico di	pendente del SSN a tempo in	determinato dal presso			
Allega alla pr	Allega alla presente i seguenti documenti:				
Eventuali ult	ventuali ulteriori informazioni:				
Chiede che omicilio sotto indic	•	ndirizzata presso la propria residenza oppure i			
		Comune di			
		n°			
Numero di te	lefono				
Indirizzo di p	osta elettronica				
Luogo	data	Firma per esteso in originale (leggibile)			

N.B. <u>ALLEGARE copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.</u>