

Alla Direzione Territoriale di TORINO CENTRO - SUD

**DICHIARAZIONE DISPONIBILITA'****Turno n. 38 ORE A TEMPO INDETERMINATO****BRANCA MEDICINA LEGALE SEDE DI TORINO SUD**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_,  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_, pec: \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 s. m. i.

**DICHIARA****1) DI ESSERE:**

- Cittadino/a italiano/a o di altro Paese appartenente all'UE (indicare lo Stato \_\_\_\_\_);
- Laureato/a in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- Specializzato/a in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- Iscritto/a all'Albo professionale dei \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ abilitato/a all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_ con annotazione della specializzazione in \_\_\_\_\_.
- Iscritto/a al Comitato Zonale di \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_;

**2) DI AVER PRESO VISIONE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA  
DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INAIL****COMUNICA****LA DISPONIBILITA' ALL'ATTRIBUZIONE DELLE SEGUENTI ORE DI INCARICO:**

- n.      ORE A TEMPO INDETERMINATO BRANCA \_\_\_\_\_  
SEDE DI \_\_\_\_\_

**A TAL FINE DICHIARA DI ESSERE:**

|\_\_\_\_| **titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato** con Aziende del S.S.N. e strutture INAIL della stessa Regione o di altra Regione, identificato ai sensi dell'art. 10 dell'Accordo alla:

- **lett. a) (barrare con una x la casella che interessa) ( )**
- **lett. b) (barrare con una x la casella che interessa) ( )**
- **lett. c) (barrare con una x la casella che interessa) ( )**
- **lett. d) (barrare con una x la casella che interessa) ( )**
- **lett. e) (barrare con una x la casella che interessa) ( )**
- **lett. f) (barrare con una x la casella che interessa) ( )**
- **lett. g) (barrare con una x la casella che interessa) ( )**

Riguardo alla voce sopra indicata dichiara i seguenti dati:

---

---

|\_\_\_\_| **di non essere titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato** con Aziende del S.S.N. e strutture INAIL della stessa Regione o di altra Regione e di trovarsi nella situazione appresso specificata ai sensi dell'Accordo (barrare la casella di interesse)

- **lett. h) (barrare con una x la casella che interessa) ( )**
- **lett. i) (barrare con una x la casella che interessa) ( )**
- **lett. j) (barrare con una x la casella che interessa) ( )**

Riguardo alla voce sopra indicata dichiara i seguenti dati:

---

---

Allega documento di identità in corso di validità.

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