Allegato 1

DIREZIONE TERRITORIALE
SIRACUSA - RAGUSA

Sede di Ragusa

DICHIARAZIONE DISPONIBILITÀ ALL'ATTRIBUZIONE DI UN INCARICO A TEMPO INDETERMINATO PER LA COPERTURA DEL TURNO DI NR. 10 ORE SETTIMANALI NELLA BRANCA DI CHIRURGIA PRESSO LA SEDE INAIL DI RAGUSA.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT./DOTT.SSA _____NATO/A _____ IL_____ RESIDENTE A_____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

DI ESSERE**:**

1) **CITTADINO/A** ITALIANO/A O DI ALTRO PAESE APPARTENENTE ALL'UE (INDICARE LO STATO DI CITTADINANZA _____)

2) **LAUREATO/A** IN _____

PRESSO _____ IN DATA_____

3) **SPECIALIZZATO/A** IN _____

PRESSO _____ IN DATA _____

4) **ISCRITTO/A ALL'ALBO PROFESSIONALE** _____ DAL _____

5) **ABILITATO/A** ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI _____ CON ANNOTAZIONE DELLA SPECIALIZZAZIONE IN _____

DIREZIONE TERRITORIALE
SIRACUSA - RAGUSA

Sede di Ragusa

Allegato 1

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA LA PROPRIA DISPONIBILITÀ ALL'ATTRIBUZIONE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO PER LA COPERTURA DEL TURNO DI NR. 10 ORE SETTIMANALI NELLA BRANCA DI CHIRURGIA PRESSO LA SEDE INAIL DI RAGUSA.

A TAL FINE DICHIARA DI TROVARSI IN UNA DELLA SEGUENTE CONDIZIONI PREVISTE DALL'ART. 10 DELL'ACCORDO (BARRARE UNA O PIÙ OPZIONI):

- ☐ **LETT. A)** _____ (SPECIFICARE INCARICO E RELATIVA DECORRENZA/ANZIANITÀ)
- ☐ **LETT. B)** _____ (SPECIFICARE INCARICO E RELATIVA DECORRENZA/ANZIANITÀ)
- ☐ **LETT. C)** _____ (SPECIFICARE INCARICO E RELATIVA DECORRENZA/ANZIANITÀ)
- ☐ **LETT. D)** _____ (SPECIFICARE INCARICO E RELATIVA DECORRENZA/ANZIANITÀ)
- ☐ **LETT. F)** _____ (SPECIFICARE INCARICO E RELATIVA DECORRENZA/ANZIANITÀ)
- ☐ **LETT. G)** _____ (SPECIFICARE INCARICO E RELATIVA DECORRENZA/ANZIANITÀ)
- ☐ **LETT. H)** _____ (SPECIFICARE PROVINCIA, ANNO DI ISCRIZIONE E POSIZIONE IN GRADUATORIA)
- ☐ **LETT. I)**
- ☐ **LETT. J)** _____ (SPECIFICARE INCARICO E DECORRENZA/ANZIANITÀ)

DICHIARA ALTRESÌ DI AVER PRESO VISIONE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INAIL SOTTOSCRITTO IL 7 FEBBRAIO 2024 E RECEPITO CON DELIBERA CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE INAIL 3 OTTOBRE 2024 N. 132 E SS. VERBALE DI INTESA DEL 10 OTTOBRE 2024.

Allegato 1

DIREZIONE TERRITORIALE
SIRACUSA - RAGUSA

Sede di Ragusa

PRESTA IL CONSENSO A CHE I DATI PERSONALI CONTENUTI NELLA PRESENTE DICHIARAZONE DI DISPONIBILITÀ O COMUNICATI SUCCESSIVAMENTE VENGANO TRATTATI PER LE FINALITÀ DI CUI AL RELATIVO AVVISO.

ALLEGA DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ.

DATA _____ FIRMA _____