

DOMANDA DI INCLUSIONE NELL'ELENCO DEI SOSTITUTI

Articoli 17, 31 e 46 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti tra il Ministero della Salute ed i medici e le altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi) operanti negli ambulatori degli USMAF-SASN.

AL Direttore USMAF-SASN

Il sottoscritto dott., nato a..... (prov.....) il
M_ F_ Codice Fiscale..... Comune di residenza(prov.)
Indirizzo Via n.....Cap..... telefono fisso cellulare
Recapito professionale nel Comune di.....(prov.....)
Via.....n.....Cap.....telefono

Dichiara, ai sensi e agli effetti del D.P.R. n.445/2000,

1. di possedere il diploma di laurea (DL) ovvero la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto/110 (DL)/100

(LS) conseguito/a presso l'Università di..... in data.....

2. di essere abilitato all'esercizio della professione di.....(medico chirurgo o odontoiatra, o biologo, o chimico, o psicologo) nella sessione..... presso l'Università di.....

3. di essere iscritto all'Albo professionale..... (dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o dei biologi, o dei chimici, o degli psicologi) presso l'Ordine provinciale/ regionale di..... dal.....

4. Di non essere soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine di.....

Chiede di essere incluso nell'elenco dei sostituti.

A tal scopo dichiara di non trovarsi in situazione di incompatibilità prevista all'articolo 27 dell'ACN del SSN del 31 marzo 2020 e all'articolo 5 dell'ACN del SASN.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 s.m. e del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata al seguente indirizzo PEC:.....o al domicilio sottoindicato:

Comune..... Provincia.....

Indirizzo.....n°..... CAP.....

Luogo e data..... Firma per esteso

Allegata fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.

