

**AZIENDA SANITARIA LOCALE LANCIANO – VASTO – CHIETI**  
**U.O.C. G.A.S.B.e S.**  
**Via dei Vestini-Palazzina N**  
**66100 CHIETI**

**OGGETTO: Dichiarazione di disponibilità TURNI SPECIALISTICI VACANTI 2° trimestre 2024**  
**(da inviare esclusivamente dal 01 al 15 giugno 2024, pena l'esclusione, al seguente indirizzo**  
**di posta elettronica certificata: [assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it](mailto:assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it) )**

**BRANCA di** \_\_\_\_\_  
*(indicare la branca specialistica)*

**Marca da bollo**  
**€ 16,00**

da annullare e firmare

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Telefono n. \_\_\_\_\_

Indirizzo pec \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

**In qualità di**  
*(barrare la casella che interessa)*

- Medico Specialista Ambulatoriale Interno
- Veterinario, branca di \_\_\_\_\_
- Professionista Psicologo

**Dichiara**

di essere specialista ambulatoriale/professionista titolare a tempo indeterminato nella branca

di \_\_\_\_\_  
con data di primo incarico (indicare giorno, mese ed anno) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- presso l'Azienda ASL di \_\_\_\_\_ per complessive n. \_\_\_\_\_ ore sett.li;
- presso l'INAIL di \_\_\_\_\_ per complessive n. \_\_\_\_\_ ore sett.li;
- presso il Ministero della Difesa, Ministero di Grazia e Giustizia o altri Enti riconosciuti dall'ACN in vigore, per complessive n. \_\_\_\_\_ ore a decorrere dal \_\_\_\_\_ c/o la Sede \_\_\_\_\_

di essere specialista ambulatoriale interno titolare di incarico a tempo determinato nella branca di \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_ per complessive n. \_\_\_\_\_ ore sett.li

di essere inserito nella graduatoria 2024 per la specialistica ambulatoriale interna della ASL di Lanciano Vasto Chieti nella branca di \_\_\_\_\_ alla posizione n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_

di non essere inserito nella graduatoria 2024 per la Specialistica Ambulatoriale Interna della ASL di Lanciano Vasto Chieti;

di essere medico specialista pediatra di libera scelta

- di essere medico di assistenza primaria
- di essere medico di emergenza sanitaria territoriale
- di essere medico della medicina dei servizi
- di essere medico della continuità assistenziale
- di essere medico dipendente di struttura pubblica

presso \_\_\_\_\_

a tempo indeterminato

a tempo determinato

con anzianità di servizio dal (indicare giorno, mese, anno) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### DICHIARA

la propria disponibilità a ricoprire l'incarico per il turno pubblicato in ordine di preferenza:

1) n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

2) n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

3) n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

**di impegnarsi**, in caso di assegnazione di incarico, a rimuovere eventuali situazioni di incompatibilità, come prescritto dal vigente ACN;

presso \_\_\_\_\_

**di rinunciare** nel rispetto del massimale orario previsto dal vigente ACN

All'incarico presso \_\_\_\_\_

### dichiara inoltre:

**di fruire / non fruire** (*cancellare la parte che non interessa*) del trattamento di invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e previdenza sociale;

**di fruire / non fruire** (*cancellare la parte che non interessa*) di trattamento di quiescenza;

In caso affermativo, indicare il tipo di rapporto cessato e l'ente erogatore

**di essere informato**, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla privacy, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento;

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma per esteso (\*)** \_\_\_\_\_

(\*) La sottoscrizione di tale dichiarazione, non soggetta ad autenticazione, deve essere inviata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, dichiara inoltre che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.lgs.n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.