

# MODULO DOMANDA PER TURNI PUBBLICATI A TEMPO DETERMINATO

Al Comitato Zonale  
Roma e Provincia  
Via B. Bardanzellu, 8  
00155 Roma  
[comitato.zonale@pec.aslroma2.it](mailto:comitato.zonale@pec.aslroma2.it)

a norma dell'art. 21 comma 1 la domanda **da inviare ESCLUSIVAMENTE IN FORMATO PDF a mezzo PEC** dal 1° al 15° giorno dello stesso mese della pubblicazione: marzo, giugno, settembre e dicembre.

Il sottoscritto:  - MEDICO SPECIALISTA  - MEDICO VETERINARIO  
 - BIOLOGO  - CHIMICO  - PSICOLOGO

Dott. .... nato/a a .....  
(prov. di ..... ) il ..... Codice Fiscale:.....  
**RESIDENZA:**  
Via/Piazza/Largo ..... n.....  
Comune..... Prov..... CAP..... tel.....  
Cell.....e-mail.....  
PEC.....@.....

laureato/a in: ..... il: ..... iscritto all'Albo/Ordine dei/degli: ....., provincia:  
..... dal: ....., in possesso del titolo di specializzazione nella branca specialistica di:  
..... conseguita presso l'Università di:..... il.....

ai sensi dell'art. 22 dell'A.C.N. 04.04.2024

medici specialisti, medici veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui art. 19 ACN 31.03.2020  
(posizione inserita nella graduatoria di cui all'art.19 in vigore il primo giorno utile per la presentazione della  
domanda)

MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO INCARICO A TEMPO DETERMINATO:

branca medica di: .....  
 attività professionale sanitaria di: .....

(Indicare di seguito , secondo l'ordine di preferenza i turni pubblicati)

1) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: .....
presidio:.....
con orario:.....
2) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: .....
presidio:.....
con orario:.....
3) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: .....
presidio:.....
con orario:.....
4) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: .....
presidio:.....
con orario:.....

**il sottoscritto dichiara inoltre:**

di non essere titolare di pensione

di avere  di non avere altro rapporto di lavoro, a qualsiasi titolo, con strutture pubbliche o strutture private:

c/o .....

tempo determinato       tempo indeterminato      dal .....

**I dati inseriti valgono quale autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 e non saranno prese in considerazione specifiche o altre indicazioni scritte al di fuori dei campi indicati**

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INFINE:**

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.i. **sulle responsabilità penali** cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopracitato, che **quanto affermato nel presente modulo di domanda corrisponde al vero;**

**N.B. allegare fotocopia di documento di identità in corso di validità**

Data ..... Firma per esteso .....