

Allegato 1 Avviso Direzione Territoriale Palermo Trapani

DICHIARAZIONE DISPONIBILITA'

**Turno n. 13 ORE A TEMPO INDETERMINATO BRANCA MEDICINA LEGALE e in
subordine di MEDICINA DEL LAVORO presso la Sede Inail di Trapani**

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

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 _____;

Non iscritto presso il Comitato zonale (ipotesi lettera I dell'avviso)

2) DI AVER PRESO VISIONE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INAIL

SPECIALISTA (che si trova in una delle condizioni di cui alle lett. da a - i) COMUNICA LA DISPONIBILITA' ALL'ATTRIBUZIONE DELLE SEGUENTI ORE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO:

- **n. 13 ORE A TEMPO INDETERMINATO BRANCA MEDICINA LEGALE e in subordine di MEDICINA DEL LAVORO SEDE INAIL DI TRAPANI**

SPECIALISTA (che si trova nella condizione di cui alla lettera I) COMUNICA LA DISPONIBILITA' ALL'ATTRIBUZIONE DELLE SEGUENTI ORE CON INCARICO PROVVISORIO:

- **n. 13 ORE CON INCARICO PROVVISORIO PER MESI SEI BRANCA MEDICINA LEGALE e in subordine di MEDICINA DEL LAVORO SEDE INAIL DI TRAPANI**

A TAL FINE DICHIARA DI ESSERE:

|___| **titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato** con il S.S.N., compresi INAIL e INPS, 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 il S.S.N., compresi INAIL e INPS, e di trovarsi nella situazione appresso specificata ai sensi dell' art. 10 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. I) (barrare con una x la casella che interessa) ()

Riguardo alla voce sopra indicata dichiara i seguenti dati:

Allega documento di indentita' in corso di validita'

Data _____ Firma _____