

Il sottoscritto indica di seguito gli incarichi di attività **in atto** svolti presso Aziende Sanitarie del territorio regionale oppure presso Aziende Sanitarie di altra regione **(NON INDICARE INCARICHI TEMPORANEI (TRIMESTRALI) DI SOSTITUZIONE)**:

Provincia	A.U.S.L.	Presidio	ore sett.li	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato

A tal fine dichiara: **(BARRARE CON UNA "X" LA VOCE CHE INTERESSA)**:

- di **non** essere titolare o incaricato in altro rapporto con strutture pubbliche o private;
- **diversamente**, specifica di seguito i rapporti che parimenti ha **in atto** con strutture pubbliche o private **(N.B.: NON INDICARE INCARICHI TEMPORANEI (TRIMESTRALI) DI SOSTITUZIONE)**:

.....

- **non titolare di pensione alcuna**;

- **titolare di pensione a carico di**: **dal**:

Indirizzo, recapiti telefonici (compreso il cellulare), C.A.P. (OBBLIGATORI):.....

.....

NOTA: in riferimento a specifico attestato – **(qualora richiesto è obbligatorio allegarlo alla presente domanda)** – il/la sottoscritto/a **dichiara** di allegare quanto segue:

.....

EVENTUALI ANNOTAZIONI DEL SANITARIO ALLA PRESENTE DOMANDA:

.....

.....

.....

.....

AVVERTENZE

- GLI SPECIALISTI E LE ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI), GIA' TITOLARI DI INCARICO IN DIVERSO AMBITO ZONALE CHE INTENDANO RICHIEDERE ULTERIORE INCARICO O TRASFERIMENTO NELL'AMBITO ZONALE DI RIETI, DEVONO ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA UN CERTIFICATO STORICO DI SERVIZIO, IN CARTA SEMPLICE, RILASCIATO DAL COMPETENTE COMITATO ZONALE.

- IN CASO DI SOVRAPPOSIZIONE DI ORARIO E/O DI TRASFERIMENTO PARZIALE DEL TURNO IN ESSERE, ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA LA RICHIESTA DI VARIAZIONE O DI RIDUZIONE PARZIALE DELL'ORARIO DEL TURNO SVOLTO, PER USO PRELAZIONE, PROTOCOLLATA DALLA A.U.S.L. DI APPARTENENZA, COMPLETA DEL RELATIVO BENESTARE. IL NULLA-OSTA DEFINITIVO SARA' INVIATO DALL'A.U.S.L. INTERESSATA A FIRMA DEL DIRETTORE GENERALE O DI DIRIGENTE AVENTE DELEGA.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT./SSA CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, AFFERMA CHE QUANTO SOPRA CORRISPONDE AL VERO.

DATA: FIRMA(PER ESTESO):