

DIREZIONE TERRITORIALE
NUORO – ORISTANO – OGLIASTRA
Sede Locale di Nuoro

Allegato 1 Avviso Sede Inail Nuoro 14/09/2023

**DICHIARAZIONE DISPONIBILITA' Turno n. 32 ORE A TEMPO INDETERMINATO
BRANCA ORTOPEDIA SEDE INAIL NUORO**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

_____, nato/a

_____ il _____ residente

a _____ in via _____,

pec: _____

E-Mail _____ Telefono _____

consapevole che chiunque rilascia 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:**

Laureato _____ **in** _____
presso _____ **in data** _____

Specializzato in _____
presso _____ **in data** _____;

Iscritto all'Albo professionale dei _____ **in**
data _____ **abilitato all'esercizio della professione di**
_____ **con annotazione della specializzazione in**

2) DI AVER PRESO VISIONE DELLA REGOLAMENTAZIONE RELATIVA AGLI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO DI CUI ALL'ACCORDO PER GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INAIL SOTTOSCRITTO IL 15/05/2018, di seguito denominato Accordo

COMUNICA LA DISPONIBILITA' ALL'ATTRIBUZIONE DELLE SEGUENTI ORE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO:

- **n. 32 ORE A TEMPO INDETERMINATO BRANCA ORTOPEDIA SEDE INAIL NUORO**

DIREZIONE TERRITORIALE
NUORO – ORISTANO – OGLIASTRA
Sede Locale di Nuoro

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'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*) ()

Riguardo alla voce sopra indicata dichiara i seguenti dati:

Allega documento di indentita' in corso di validita'

Data _____

Firma _____