

DIREZIONE TERRITORIALE
NUORO – ORISTANO – OGLIASTRA
SEDE LOCALE DI NUORO

Allegato 1

Avviso Sede Inail Nuoro

**DICHIARAZIONE DISPONIBILITÀ
Turno n. 38 ORE A TEMPO DETERMINATO
BRANCA MEDICINA DEL LAVORO
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/a in _____
presso _____
in data _____/
Specializzato/a in _____
presso _____
in data _____;
Iscritto/a 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 DETERMINATO DI CUI ALL'ACCORDO PER GLI**

DIREZIONE TERRITORIALE
NUORO – ORISTANO – OGLIASTRA
SEDE LOCALE DI NUORO

SPECIALISTI AMBULATORIALI INAIL SOTTOSCRITTO IL 15/05/2018, di seguito denominato Accordo;

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

- n. 38 ORE A TEMPO DETERMINATO BRANCA MEDICINA DEL LAVORO SEDE INAIL 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 identità in corso di validità.

Data _____ Firma _____