

DOMANDA DI INCLUSIONE NELL'ELENCO DEI SOSTITUTI
Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti tra il Ministero della Salute e il personale non medico a convenzione operante negli ambulatori degli USMAF-SASN.

Al Direttore USMAF-SASN

DOMANDA DI INCLUSIONE NELL'ELENCO DEI SOSTITUTI

Articolo 17, 31 e 46 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti tra il Ministero della salute, i medici ambulatoriali, specialisti e generici, e le altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) operanti negli ambulatori direttamente gestiti dal Ministero della salute per l'assistenza sanitaria e medico-legale al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile.

Al Direttore USMAF-SASN

Il/La sottoscritto/a dott./ssa _____ nato/a a _____ (prov. _____) il _____

M ___ F ___ Codice Fiscale _____ Comune di residenza _____ (prov. _____)

Indirizzo Via _____ n. _____ Cap. _____ telefono fisso _____ cellulare _____

Recapito professionale nel Comune di _____ (prov _____)

Via _____ n. _____ Cap. _____ tel. _____

Dichiara, ai sensi e agli effetti del D.P.R. n.445/2000,

1. di possedere il diploma di laurea (DL) ovvero la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in _____ (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto _____/110 (DL) _____/100(LS) conseguito/a presso l'Università di _____ in data _____
2. di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ (medico chirurgo o odontoiatra, o biologo, o chimico, o psicologo) nella sessione _____ presso l'Università di _____
3. di essere iscritto all'Albo professionale _____ (dei medici chirurghi o degli odontoiatri, , o dei biologi, o dei chimici, o degli psicologi) presso l'Ordine provinciale/ regionale di _____ dal _____
4. Di non essere soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine di _____

Chiede di essere incluso nell'elenco dei sostituti.

A tal scopo dichiara di non trovarsi in situazione di incompatibilità prevista dall'ACN del SSN del 31 marzo 2020 e dall'ACN SASN.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 s.m. e del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata al seguente indirizzo
PEC: _____

Luogo e data.....Firma per esteso

Allegata fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.