All. 2

**Al Responsabile UOSD Medicina di Base e Reti Assistenziali**

protocollo@pec.aslfrosinone.it

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA’ PER INCARICO A TEMPO DETERMINATO**

AI SENSI DELL’ART. 22 , ACN 30/3/2020 *“Medici Specialisti Ambulatoriali ed altre professionalità Sanitarie”*

**BRANCA MEDICINA LEGALE – INAIL SEDE DI CASSINO PER 1 ANNO**

**\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt \_\_\_ Dott**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nat \_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(pro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_M\_\_ F\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Codice Fiscale:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Comune di residenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov.\_\_\_\_\_\_)

Indirizzo Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Laureato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, specializzato/a in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

□ SPECIALISTA ISCRITTO NELLA GRADUATORIA DETINITIVA ANNO 2021 PER LA BRANCA MEDICINA LEGALE;

□ SPECIALISTA CHE ABBIA CONSEGUITO LA SPECIALIZZAZIONE ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA’;

**DICHIARA**

di essere disponibile ad accettare il turno o i turni di seguito indicati (barrare quello che interessa):

□ **n° 20/ore settimanali nella branca di MEDICINA LEGALE presso l’ INAIL – sede di Cassino dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 12.30**

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali previste dal DPR 445/2000 e s.m.i. dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero e che è a conoscenza che quanto dichiarato potrà essere sottoposto a verifica in qualsiasi momento.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, inoltre, autorizza la ASL di Frosinone al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente dichiarazione per le strette finalità ad essa inerenti.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_