

Si sottolinea che, pena l'esclusione, la domanda dovrà essere compilata in stampatello in modo leggibile e presentata con Posta Elettronica Certificata (PEC) o RACCOMANDATA A/R o consegna a mano dal giorno 1 al giorno 15, contestualmente al periodo di pubblicazione.

**Spett.**  
**ASST "Papa Giovanni XXIII"**  
**sede del Comitato Zonale di Bergamo**  
**ex art. 18 ACN del 31.03.2020**  
**P.zza OMS, 1**  
**24127 BERGAMO**

**Oggetto: domanda conferimento turno specialistico vacante nel \_\_\_\_\_ trimestre \_\_\_\_\_**  
**BRANCA \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a dott./ssa\* \_\_\_\_\_ nato/a a\* \_\_\_\_\_

il\* \_\_\_\_\_ M  F  C.F.\* \_\_\_\_\_

residente a\* \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) via\* \_\_\_\_\_

cap.\* \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell.\* \_\_\_\_\_

e-mail\* \_\_\_\_\_

posta elettronica certificata (PEC)\* \_\_\_\_\_

\* dati obbligatori

**in qualità di:**

- MEDICO SPEC. AMB.LE** nella branca di \_\_\_\_\_
- ODONTOIATRA**
- MEDICO VETERINARIO** nella branca di \_\_\_\_\_
- PROFESSIONISTA** (biologo, chimico, psicologo/psicoterapeuta) \_\_\_\_\_

#### **DICHIARA**

- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato in qualità di medico specialista / odontoiatra / veterinario / professionista nella branca di \_\_\_\_\_**  
**dal \_\_\_\_\_ a tutt'oggi presso \_\_\_\_\_**
- di essere inserito nella graduatoria dell'anno in corso nella branca di \_\_\_\_\_**
- di essere specialista ambulatoriale, veterinario o professionista ( \_\_\_\_\_ )**  
**non iscritto nella graduatoria, ma in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 ACN 31.03.2020.**
- di essere titolare di MMG, pediatra LS, medico dipendente del SSN dal \_\_\_\_\_ a tutt'oggi**  
**c/o \_\_\_\_\_**

**Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:**

- di essere in possesso del diploma di laurea (DL) o laurea specialistica (LS) in \_\_\_\_\_  
conseguito c/o l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_  
conseguita il \_\_\_\_\_ c/o l'Università di \_\_\_\_\_
- iscritto all'Albo dei MEDICI CHIRURGHI/ODONTOIATRI/VETERINARI/PROFESSIONISTI (biologi,  
chimici e psicologi) di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

in relazione alla pubblicazione dei turni specialistici vacanti di questo trimestre,

**DICHIARA**

La propria disponibilità all'incarico in oggetto presso:

ATS/ASST di ..... c/o Ambulatorio di ..... h. ....

INAIL di ..... c/o Ambulatorio di ..... h. ....

A tal fine comunica di essere già titolare di incarico presso:

ATS/ASST di ..... c/o Ambulatorio di ..... h. ....

ATS/ASST di ..... c/o Ambulatorio di ..... h. ....

ATS/ASST di ..... c/o Ambulatorio di ..... h. ....

INAIL di Bergamo ..... c/o Ambulatorio di ..... h. ....

Qualora le ore assegnate dovessero superare il tetto massimo consentito, il sottoscritto, dichiara di rinunciare al seguente incarico:

ATS/ASST di ..... c/o Ambulatorio di ..... h. ....

ATS/ASST di ..... c/o Ambulatorio di ..... h. ....

INAIL di Bergamo ..... c/o Ambulatorio di ..... h. ....

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

indirizzo PEC

la propria residenza

Bergamo, .....

.....  
(firma per esteso)

Allegare fotocopia documento d'identità (in caso di spedizione anche via PEC)