

Raccomandata A.R.

Al Comitato Consultivo Zonale  
Dei Medici Specialisti Ambulatoriali  
Della Provincia di Oristano  
c/o A.S.L. n° 5  
Via Carducci, 35  
09170 ORISTANO

Oggetto: attribuzione incarico a tempo determinato  
ore pubblicate nel \_\_\_\_\_ trimestre 200\_\_.

- 1  **Non iscritto** in graduatoria per il corrente anno
- 2  **Non iscritto** in graduatoria e **Titolare d'incarico annuale** ai sensi art. 23, co. 11, dell'ACN 23/03/2005 dal \_\_\_\_\_

Il /La sottoscritt\_ Dr. \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, specialista nella disciplina di \_\_\_\_\_, non iscritt\_ nella graduatoria dei medici specialisti della Provincia di Oristano, dichiara la propria disponibilità a ricoprire gli incarichi a tempo determinato, di cui all'Art. 23, c. 11, A.C.N. 23/03/05, pubblicati nel \_\_\_\_\_ Trimestre 200\_\_ nella branca di \_\_\_\_\_.

- Non titolare d'incarico annuale.**
- Attualmente è titolare di n° \_\_\_\_\_ ore d'incarico specialistico ambulatoriale di durata annuale (ai sensi dell'art. 23, comma 11, dell'ACN 23/3/2005) nelle seguenti AA.SS.LL.**

| A.S.L. -Provincia | POLIAMBULATORIO | N° ORE | DATA INIZIO |
|-------------------|-----------------|--------|-------------|
| _____             | _____           | _____  | _____       |
| _____             | _____           | _____  | _____       |
| _____             | _____           | _____  | _____       |

A tal scopo dichiara.

1) di aver conseguito il diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia  odontoiatria  in data \_\_\_\_\_ riportando la votazione di \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;

2) di aver conseguito le specializzazioni e/o libere docenze in:

- 1a) \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- 2b) \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- 3c) \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;

3) di essere iscritto all'albo professionale di \_\_\_\_\_ presso l'Ordine Provinciale di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

4) di essere abilitato all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_ (medico chirurgo o odontoiatra) nella sessione \_\_\_\_\_ presso l'università di \_\_\_\_\_

Si allega si  no  un elenco, datato e firmato, delle attività professionali svolte nella branca, in data successiva al 02/10/2000, a favore di AA.SS.LL. in qualità di medico specialista ambulatoriale interno a tempo determinato, comprensivo del numero delle ore settimanali svolte e dei relativi periodi di attività.

**Eventuali comunicazioni dovranno essere inviate al seguente indirizzo:**

Dr. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OGGETTO: attività professionali svolte.**

Il Sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, specialista ambulatoriale per la branca di \_\_\_\_\_, dichiara di aver svolto le seguenti attività professionali nella branca (sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determinato) effettuate dopo il 02/10/2000, ai sensi del D.P.R. 271/00 e dell' A.C.N. 23/03/2005:

-Branca \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Poliamb./Presidio di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di n. \_\_\_\_\_ ore ;

-Branca \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Poliamb./Presidio di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di n. \_\_\_\_\_ ore ;

-Branca \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Poliamb./Presidio di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di n. \_\_\_\_\_ ore ;

-Branca \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Poliamb./Presidio di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di n. \_\_\_\_\_ ore ;

-Branca \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Poliamb./Presidio di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di n. \_\_\_\_\_ ore ;

-Branca \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Poliamb./Presidio di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di n. \_\_\_\_\_ ore ;

-Branca \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Poliamb./Presidio di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di n. \_\_\_\_\_ ore ;

-Branca \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Poliamb./Presidio di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di n. \_\_\_\_\_ ore ;

-Branca \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Poliamb./Presidio di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di n. \_\_\_\_\_ ore ;

-Branca \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Poliamb./Presidio di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di n. \_\_\_\_\_ ore ;

-Branca \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Poliamb./Presidio di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di n. \_\_\_\_\_ ore ;

-Branca \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Poliamb./Presidio di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di n. \_\_\_\_\_ ore ;

-Branca \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Poliamb./Presidio di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di n. \_\_\_\_\_ ore ;

(Data)

(Firma per esteso)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_