

DIREZIONE TERRITORIALE
NUORO - ORISTANO
OGLIASTRA

Sede di Nuoro

Allegato 1

Avviso Sede INAIL Nuoro

Dichiarazione di disponibilità
Turno n. 38 ore a tempo determinato
Branca Medicina del Lavoro
Sede INAIL di 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 ss. mm. ii.

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 specialisti ambulatoriali INAIL sottoscritto il 10/10/2024, di seguito denominato accordo;

DIREZIONE TERRITORIALE
NUORO - ORISTANO
OGLIASTRA

Sede di Nuoro

3) comunica la disponibilità all'attribuzione delle seguenti ore di incarico a tempo determinato:

- n. 38 ore a tempo determinato, branca Medicina del Lavoro presso la Sede INAIL di 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 _____