



**Trasmettere al seguente indirizzo PEC:**

[comitato.zonale@pec.asst-brianza.it](mailto:comitato.zonale@pec.asst-brianza.it)

## **COMUNICAZIONE di DISPONIBILITA'**

Ex artt. 21 e/o 22 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali:

Il/la sottoscritto/a (cognome/nome) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_;

vista la pubblicazione relativa al \_\_\_\_\_ TRIMESTRE \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di partecipare all'assegnazione dell'incarico A TEMPO (I/D) \_\_\_\_\_ di n° \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

A tal fine il/la sottoscritto/a **DICHIARA:**

- di ☐ **essere**, ☐ **non essere**, incluso nella vigente graduatoria della specialistica ambulatoriale di questa Azienda sede del Comitato Zonale di Monza-Lecco per la sopra indicata branca specialistica nella posizione n. \_\_\_\_\_;
- di essere titolare di incarico in qualità di specialista/professionista ambulatoriale interno ai sensi dell'ACN con rapporto a tempo ☒ determinato, ☐ indeterminato, ☐ incarico provvisorio/sostituzione, nella branca di:

\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_;



- di essere titolare di incarico in qualità di specialista/professionista come ☐ dipendente (privato), ☐ libero professionista, ☐ altro \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere titolare di incarico in qualità di ☐ medico di medicina generale, ☐ specialista ☐ pediatra di libera scelta, ☐ medico dipendente del SSN. Anzianità di servizio maturata: Anni \_\_\_\_\_ Mesi \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino italiana o di altro Paese appartenente alla UE (specificare): \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli \_\_\_\_\_ presso l'Ordine provinciale/regionale di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria, medicina veterinaria, psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente (specificare) \_\_\_\_\_ conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche o della categoria professionale interessata (specificare) \_\_\_\_\_ conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



---

**Compilare questa sezione solo se il turno di riferimento prevede il possesso di particolari capacità professionali ai sensi dell'art. 20 comma 5 del vigente ACN**

---

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in riferimento alla domanda di partecipazione all'assegnazione dell'incarico relativo al \_\_\_\_\_ trimestre 2026 nella branca di \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445,

**DICHIARA**

di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici previsti nella pubblicazione:

---

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_ Firma del Dichiarante \_\_\_\_\_

**Si allega copia del documento d'identità.**