

## Allegato 1 Avviso Direzione Territoriale Palermo Trapani

### DICHIARAZIONE DISPONIBILITA'

**Turno n. 13 ORE A TEMPO INDETERMINATO BRANCA MEDICINA LEGALE e in  
subordine di MEDICINA DEL LAVORO presso la Sede Inail di Trapani**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ ,  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_,  
pec: \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilasci 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 s. m. i.

### DICHIARA

#### 1) DI ESSERE:

**Cittadino/a italiano/a o di altro Paese appartenente all'UE (indicare lo Stato  
\_\_\_\_\_);**

**Laureato/a in \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;**

**Specializzato/a in \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;**

**Iscritto/a all'Albo professionale dei \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ abilitato/a all'esercizio della professione di  
\_\_\_\_\_ con annotazione della specializzazione in  
\_\_\_\_\_;**

Iscritto/a al Comitato Zonale di \_\_\_\_\_  
a decorrere dal \_\_\_\_\_;

**Non iscritto presso il Comitato zonale (ipotesi lettera I dell'avviso)**

**2) DI AVER PRESO VISIONE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INAIL**

**SPECIALISTA (che si trova in una delle condizioni di cui alle lett. da a - i) COMUNICA LA DISPONIBILITA' ALL'ATTRIBUZIONE DELLE SEGUENTI ORE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO:**

- **n. 13 ORE A TEMPO INDETERMINATO BRANCA MEDICINA LEGALE e in subordine di MEDICINA DEL LAVORO SEDE INAIL DI TRAPANI**

**SPECIALISTA (che si trova nella condizione di cui alla lettera I) COMUNICA LA DISPONIBILITA' ALL'ATTRIBUZIONE DELLE SEGUENTI ORE CON INCARICO PROVVISORIO:**

- **n. 13 ORE CON INCARICO PROVVISORIO PER MESI SEI BRANCA MEDICINA LEGALE e in subordine di MEDICINA DEL LAVORO SEDE INAIL DI TRAPANI**

**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' art. 10 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) ( )**

**lett. I) (barrare con una x la casella che interessa) ( )**

Riguardo alla voce sopra indicata dichiara i seguenti dati:

\_\_\_\_\_

Allega documento di indentita' in corso di validita'

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