

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELL'ELENCO DEI SOSTITUTI**

**Articoli 17, 31 e 46 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti tra il Ministero della Salute ed i medici e le altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi) operanti negli ambulatori degli USMAF-SASN.**

**AL Direttore USMAF-SASN**

Il sottoscritto dott. ...., nato a..... (prov.....) il .....  
 M\_ F\_ Codice Fiscale..... Comune di residenza .....(prov. ....)  
 Indirizzo Via ..... n.....Cap..... telefono fisso ..... cellulare .....  
 Recapito professionale nel Comune di.....(prov.....)  
 Via.....n.....Cap.....telefono .....

Dichiara, ai sensi e agli effetti del D.P.R. n.445/2000,

1. di possedere il diploma di laurea (DL) ovvero la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in ..... (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto ...../110 (DL) ...../100

(LS) conseguito/a presso l'Università di..... in data.....

2. di essere abilitato all'esercizio della professione di.....(medico chirurgo o odontoiatra, o biologo, o chimico, o psicologo) nella sessione..... presso l'Università di.....

3. di essere iscritto all'Albo professionale..... (dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o dei biologi, o dei chimici, o degli psicologi) presso l'Ordine provinciale/ regionale di..... dal.....

4. Di non essere soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine di.....

Chiede di essere incluso nell'elenco dei sostituti.

A tal scopo dichiara di non trovarsi in situazione di incompatibilità prevista all'articolo 27 dell'ACN del SSN del 31 marzo 2020 e all'articolo 5 dell'ACN del SASN.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 s.m. e del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata al seguente indirizzo  
 PEC:.....o al domicilio sottoindicato:

Comune..... Provincia.....

Indirizzo.....n°..... CAP.....

Luogo e data..... Firma per esteso .....

Allegata fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.

