

ALLEGATO 2

DOMANDA DI INCLUSIONE NELL'ELENCO DEI SOSTITUTI

Articolo 10 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti tra il Ministero della Salute e il personale non medico a convenzione operante negli ambulatori degli USMAF-SASN.

AL Direttore USMAF-SASN

Il sottoscritto....., 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 DPR 445/2000 e successive modificazioni,

1. di possedere il diploma di laurea triennale (DL) ovvero la laurea magistrale (LM) della classe corrispondente in (infermieristica, tecnica sanitaria di radiologia medica, tecnica di laboratorio biomedico, fisioterapia) con voto/110 (DL)/100 (LS) conseguito/a presso l'Università di..... in data.....

2. di essere abilitato all'esercizio della professione di.....(infermiere, tecnico sanitario di radiologia medica, tecnico di laboratorio biomedico, fisioterapista) nella sessione..... presso l'Università di.....

3. di essere iscritto all'Ordine professionale..... (degli infermieri, tecnici sanitari di radiologia medica, tecnici di laboratorio biomedico, fisioterapisti) presso l'Ordine provinciale/regionale di..... dal..... al numero

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 3 dell'ACN che regola i rapporti tra il Ministero della Salute ed il personale non medico a convenzione operante negli ambulatori degli USMAF-SASN.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. n. 2016/679/UE, 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 seguente domicilio:

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

Indirizzo.....n°..... CAP.....

Luogo e data..... Firma per esteso

Allegata fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.