

**Allegato 1****DICHIARAZIONE DISPONIBILITÀ****TURNO N. \_15\_ ORE A TEMPO INDETERMINATO BRANCA ORTOPEDIA SEDE DI TRAPANI E MAZARA DEL VALLO.**

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**

di essere:

- 1) cittadino/a italiano/a o di altro Paese appartenente all'UE (indicare lo Stato \_\_\_\_\_);
- 2) laureato/a in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- 3) specializzato/a in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- 4) iscritto/a all'Albo professionale dei \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- 5) abilitato/a all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_ con annotazione della specializzazione in \_\_\_\_\_;

6) di aver preso visione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali Inail.

**Il/La sottoscritto/a dichiara la propria disponibilità all'attribuzione di incarico a tempo \_\_\_\_\_ per nr. \_\_\_\_ ore nella branca di \_\_\_\_\_ presso la sede INAIL di \_\_\_\_\_.**

A tal fine dichiara di trovarsi in una delle seguenti condizioni previste dall'art. 10 dell'Accordo (barrare una o più opzioni):

- lett. a)
- lett. b)
- lett. c)
- lett. d)
- lett. f)
- lett. g)
- lett. h)
- lett. i)
- lett. j)

Riguardo alla/e voce/i sopra indicata/e specifica le seguenti informazioni (es. *incarico ricoperto, anzianità di servizio etc. In caso di specialista iscritto alla graduatoria provinciale del Comitato consultivo zonale (lett.h) specificare anno, provincia e relativa posizione.*)

---

---

---

Allega documento di identità in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_