

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

- AL COMITATO ZONALE PER LA SPECIALISTICA
AMBULATORIALE DI NAPOLI
VIA ACQUAVIVA 41 80143 NAPOLI
FAX: 081 254 9204

Cognome _____ Nome _____

Titolare di incarico specialistico: _____ a tempo indeterminato _____ a tempo determinato

Codice Comitato _____ - _____ branca di _____

nato a _____ (_____), il _____

Recapito: Via _____ CAP _____ città _____ (_____)

laureato in _____ il _____ iscritto all'Ordine dei/degli _____ dal _____

Telefoni: Casa _____ Fax _____ Cellulare _____

cittadinanza _____ e-mail _____

specializzazioni conseguite: branca _____ il _____

Il sottoscritto dichiara di svolgere la propria attività presso i sottoindicati presidi:
(DSB – Presidio Ospedaliero ecc.) _____.

Decorrenza	ASL	DSB	Ore	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato
		ALTRI ENTI							

Specificare l'orario d'inizio e fine attività per ogni giorno. **TOTALE ORE SETTIMANALI** _____

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità cui va incontro, ai sensi degli articoli 46, 47 e 76 del DPR 445/00, colui che fornisce dichiarazioni false o mendaci, dichiara di non trovarsi in nessuna delle incompatibilità previste dall'art. 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale e di non svolgere altra attività al di fuori dell'incarico disciplinato dallo stesso Accordo, ovvero di svolgere la seguente attività:

presso _____
dal _____ con impegno orario settimanale di n. _____ ore.

Il sottoscritto dichiara, inoltre:

- di essere titolare di pensione diversa dall'ENPAM, corrisposta da _____
- di non aver mai subito condanne penali, ovvero di aver subito le seguenti condanne:

- di non aver procedimenti penali in atto, ovvero di avere i seguenti procedimenti penali in corso:

- di essere idoneo all'esercizio dell'attività professionale.

Napoli, _____
DATA

FIRMA