

## 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.