

Dichiarazione sostitutiva di Atto notorio (art. 47 del DPR n. 445 del 28.12.00)

Esclusività del rapporto di lavoro finalizzato all'applicazione dell'art. 45 dell'ACN

Il/La sottoscritto/a

.....
nato/a..... il..... codice fiscale
Residente inVia/Piazza.....
n.....Tel..... cellulare
Iscritto all'Albo dei.....della Provincia/Regione di.....

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti e di uso di atti falsi nonché consapevole dell'eventuale decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità, **al fine di percepire l'indennità di disponibilità prevista dall'art. 45 del vigente ACN**

DICHIARA

che non svolgerà attività libero professionale nel corso dell'anno 2025 (fatto salvo quanto previsto dall'articolo 45 dell'ACN vigente) in quanto opera in via esclusiva in qualità di Specialista Ambulatoriale con incarico a tempo indeterminato nella branca di

Per n. orepresso l'ASL

Dichiara altresì di essere titolare di rapporto convenzionale ai sensi del vigente ACN per complessive n ore con le sottoindicate Aziende

.....
.....
.....
.....

(indicare ASL e ore svolte)

CHIEDE

pertanto, di poter usufruire dei benefici economici per l'indennità di disponibilità, come previsto dall'art.45 del vigente ACN 2024.

Dichiara infine di essere a conoscenza che i dati personali raccolti con la presente dichiarazione ai sensi e per gli effetti del GDPR n. 679/2016 saranno trattati anche con mezzi informatici soltanto nell'ambito del presente procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Si allega copia documento di riconoscimento in corso di validità.

Data

firma

.....

.....