

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELL'ELENCO DEI SOSTITUTI**  
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

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELL'ELENCO DEI SOSTITUTI**

Articolo 17, 31 e 46 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti tra il Ministero della salute, i medici ambulatoriali, specialisti e generici, e le altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) operanti negli ambulatori direttamente gestiti dal Ministero della salute per l'assistenza sanitaria e medico-legale al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile.

Al Direttore USMAF-SASN

Il/La sottoscritto/a dott./ssa \_\_\_\_\_ nato/a 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. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Dichiara, ai sensi e agli effetti del D.P.R. n.445/2000,

1. di possedere il diploma di laurea (DL) ovvero la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in \_\_\_\_\_ (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto \_\_\_\_\_/110 (DL) \_\_\_\_\_/100(LS) conseguito/a presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
2. di essere abilitato all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_ (medico chirurgo o odontoiatra, o biologo, o chimico, o psicologo) nella sessione \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_
3. di essere iscritto all'Albo professionale \_\_\_\_\_ (dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o dei biologi, o dei chimici, o degli psicologi) presso l'Ordine provinciale/ regionale di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
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 dall'ACN del SSN del 31 marzo 2020 e dall'ACN SASN.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 s.m. e del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 (GDPR), 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: \_\_\_\_\_

Luogo e data.....Firma per esteso .....

Allegata fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.