

INAIL  
DIREZIONE REGIONALE VENETO  
Santa Croce 712  
30135 - VENEZIA**DICHIARAZIONE RELATIVA ALLA SITUAZIONE LAVORATIVA**AL FINE DELL'INSERIMENTO NELLA LISTA DI IDONEITA' BIENNALE PER MEDICI  
SPECIALISTI AMBULATORIALI DELLA DIREZIONE REGIONALE INAIL PER IL VENETO

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ ,  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ p.e.c. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

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:

[\_\_\_\_] titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato con il S.S.N., compresi INAIL e INPS, identificato ai sensi dell'art. 10 dell'Accordo alla:

- lett. a) (barrare con una x la casella che interessa) ( )  
lett. b) (barrare con una x la casella che interessa) ( )  
lett. c) (barrare con una x la casella che interessa) ( )  
lett. d) (barrare con una x la casella che interessa) ( )  
lett. e) (barrare con una x la casella che interessa) ( )  
lett. f) (barrare con una x la casella che interessa) ( )  
lett. g) (barrare con una x la casella che interessa) ( )

Riguardo alla voce sopra indicata dichiara i seguenti dati:

---

---

|\_\_\_| di non essere titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato con il S.S.N., compresi INAIL e INPS, e di trovarsi nella situazione appresso specificata ai sensi dell' art. 10 Accordo (barrare la casella di interesse)

lett. h) (barrare con una x la casella che interessa) ( )

lett. i) (barrare con una x la casella che interessa) ( )

Riguardo alla voce sopra indicata dichiara i seguenti dati:

---

---

IN FEDE

---

(luogo, data)

Firma (autografa o digitale)