RICHIESTA VARIAZIONE DATI ANAGRAFICI

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

di essere Specialista Ambulatoriale Interno/Professionista titolare di incarico a tempo determinato/ indeterminato/provvisorio/di sostituzione per n. _____ ore settimanali per la branca/area professionale di _____

presso la seguente struttura _____

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero (art. 76 del DPR n. 445/2000 e s.m.i.).

COMUNICA

La seguente variazione di (***segnare SOLO il tipo di variazione che si intende comunicare***):

☐ RESIDENZA ☐ DOMICILIO

a far data dal _____

Via _____ n. _____

Città _____ prov. _____ CAP _____

☐ MODALITÀ DI PAGAMENTO

Accredito presso istituto di credito _____

Filiale _____

Codice IBAN:

☐ ISCRIZIONE alla seguente ORGANIZZAZIONE SINDACALE _____

☐ REVOCA ISCRIZIONE alla seguente ORGANIZZAZIONE SINDACALE _____

☐ PEC/EMAIL _____

Allegati:

☐ copia documento d'identità (obbligatorio per ogni tipo di variazione);

☐ iscrizione – revoca sindacato.

Consapevole che tale comunicazione dovrà essere presentata entro il 15 del mese e avrà effetto dal 1° giorno del mese successivo.

Luogo, data _____

_____

(firma dello specialista / professionista)

L'Azienda ULSS n 2 Marca trevigiana, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente alla "Informativa agli utenti" pubblicata nel sito aziendale www.aulss2.veneto.it in quanto applicabile.

Trasmettere via PEC a protocollo.aulss2@pecveneto.it
oppure via email a protocollo@aulss2.veneto.it