

RACCOMANDATA R.R.
Marca da Bollo E. 16,00

ALL'ASL AL
Via Venezia, 6
15121 ALESSANDRIA
Pec: aslal@pec.aslal.it

Avviso pubblico per il conferimento di incarico a tempo determinato, in qualità di Medici di Medicina Generale convenzionato, da espletarsi presso le S.C. DEA/PS dell'ASL AL, Presidi Ospedalieri di Novi Ligure e Casale Monferrato e dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, ai sensi della DGR n. 60-8114 del 14/12/2018

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

Chiede di partecipare all'avviso in oggetto e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di essere nato/a a _____ il _____

Di essere residente a _____ Via _____

Domiciliato _____ Via _____

Codice fiscale _____ Tel. _____

PEC (obbligatoria) _____

E mail _____

Dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e per dichiarazioni mendaci:

di aver conseguito la laurea in Medicina Chirurgia in data _____
con voto di laurea _____, abilitato all'esercizio professionale in data _____,
di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi di _____
data _____ n. _____;

- Di essere inserito nella Graduatoria Regionale della medicina generale di cui all'art. 15 dell'ACN 29/7/2009 valida alla data di pubblicazione con punti _____;

- Di essere in possesso dell'Attestato di Formazione specifica in Medicina Generale o Titolo equipollente conseguito in data _____
Regione _____;

- Di essere Medico convenzionato per l'assistenza primaria presso _____ dal _____ con n. _____ di scelte alla data _____;
- Di essere Medico convenzionato per la continuità assistenziale con incarico a tempo determinato/indeterminato presso _____ dal _____ n. ore di attività _____;
- Di essere Medico convenzionato per l'emergenza sanitaria territoriale con incarico a tempo determinato/indeterminato presso _____ n. ore di attività _____;
- Di essere iscritto al Corso di Formazione Specifica triennale in Medicina Generale anno _____ presso _____;
- Di essere iscritto al Corso di Specializzazione Universitaria in _____ anno _____ presso _____;
- Di aver prestato/ o prestare servizio in qualità di medico MMG presso il DEA del P.O. (Codici Bianchi) della Regione Piemonte:

| | | | |
|--------------|-----------|----------|--|
| presso _____ | dal _____ | al _____ | |
| presso _____ | dal _____ | al _____ | |
| presso _____ | dal _____ | al _____ | |
| presso _____ | dal _____ | al _____ | |

Ai sensi e per gli effetti dell'ACN vigente, dichiara di svolgere le seguenti attività non sopra elencate:

Si allega alla domanda:

1. fotocopia di valido documento d'identità

Luogo e data _____

Firma _____

1. Cancellare la parte che non interessa
2. Le date devono essere indicate giorno-mese-anno al fine di una corretta valutazione
3. L'ASL AL si riserva di verificare la veridicità delle suindicate dichiarazioni ed ammonisce il dichiarante che, in caso di dichiarazioni mendaci, incorrerà nelle sanzioni previste dalla legge e nella decadenza dai benefici conseguiti in base alle stesse
4. Informativa ai sensi del D.Lgs 196/03: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.