

Marca da bollo € 16

RACCOMANDATA A.R .oppure PEC

modello 1

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI VACANTI  
NEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE - 118**

**PER TRASFERIMENTO**

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Sanitaria

.....  
.....

Il sottoscritto .....dottor .....  
nato a.....il.....  
residente a .....Via.....Prov.....  
dal.....telefono n. ....e-mail.....

titolare di incarico a tempo indeterminato nel servizio di emergenza sanitaria territoriale  
ai sensi e per gli effetti dell'art. 63, comma 6, lettera a), del vigente A.C.N., sancito con l' Intesa del  
28 aprile 2022

**chiede**

di concorrere al conferimento dell'incarico di titolarità nel servizio di emergenza sanitaria territoriale  
presso codesta Azienda Sanitaria, sulla base degli incarichi vacanti (pubblicati sul Bollettino  
Ufficiale della Regione Piemonte n. ....del .....).

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni  
non veritiere, così come previsto dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 , ai sensi degli artt.  
46 e 47 del medesimo DPR

**dichiara**

- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di  
..... in data .....con voto di Laurea..... (specificare  
se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
- di aver conseguito l'abilitazione all'Esercizio Professionale in data.....;
- di essere iscritto all'ordine dei Medici di....., dal .....
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nel servizio di emergenza sanitaria  
territoriale presso l'Azienda Sanitaria ..... di .....  
.....dal ..... (*detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di  
cui all'art. 18, comma 1, ACN vigente*);
- di essere stato titolare di incarico a tempo indeterminato nel servizio di emergenza  
sanitaria territoriale presso:

- l'Azienda Sanitaria ..... di ..... dal ..... al.....
- l'Azienda Sanitaria ..... di ..... dal ..... al.....
- l'Azienda Sanitaria ..... di ..... dal ..... al.....  
*(detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 18, comma 1);*

con una anzianità complessiva pari a :.....

- avere/non avere (1) presentato domanda ad altre Aziende Sanitarie per il conferimento d'incarico nel servizio di emergenza sanitaria territoriale:
- A.S.L. n. ....di.....
- A.S.L. n. ....di.....
- A.S.L. n. ....di.....
- A.S.L. n. ....di.....(etc, etc)

- dichiara di essere consapevole che il **conferimento di ciascun incarico, di cui al presente avviso, pubblicato in previsione di pensionamento del titolare, è subordinato all'effettiva cessazione del medico che potrebbe rimanere in servizio oltre la data di pensionamento, per il periodo di emergenza COVID-19, di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 e s.m.i..**

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

.....

In fede

Data.....

.....

(firma per esteso)

(1) Cancellare la parte che non interessa.

**In luogo dell'autenticazione della firma allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445)**

**Ai sensi dell'art. 7, comma 17, l'autocertificazione informativa relativa alle posizioni di incompatibilità (Allegato L) ACN vigente, dovrà essere prodotto al momento dell'eventuale assegnazione dell'incarico.**

**I dati personali richiesti al candidato saranno oggetto di trattamento da parte delle ASR secondo quanto previsto dal Regolamento UE 679/2016 e della normativa nazionale di riferimento, in particolare del D.Lgs 196/2003 e del D.Lgs 101/2018, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti connessi.**