

Marca da bollo € 16

RACCOMANDATA A.R. oppure PEC

modello 2

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

PER GRADUATORIA

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria

.....
.....

Il sottoscrittodottor.....
nato a.....il.....
residente aVia.....Prov.....
dal.....telefono n.e-mail.....
ai sensi e per gli effetti dell'art. 63, comma 6, lettera b), 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 datacon 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 in possesso del diploma di Formazione in Medicina Generale conseguito a..... in data ;
- di essere in possesso dell'Attestato di idoneità ex art. 66, D.P.R. n. 270/00 e art. 96 del vigente A.C.N., di cui si allega copia;
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nel servizio di emergenza sanitaria territoriale;

- di essere incluso nella Graduatoria Regionale Definitiva per la Medicina Generale - valida per l'anno 2021d, al n.con punti
- di essere residente nel comune diprov.....
dal(gg/mm/aaaa) alla data di presentazione della domanda
-
- precedenti residenze:

indicare (gg/mm/aaaa)

dal al

dal al

- di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato nel servizio di continuita' assistenziale presso l' ASL.....dal.....

- di avere/non avere (1) presentato domanda ad altre Aziende Sanitarie Locali per il conferimento d'incarico nella Continuita' Assistenziale:
- 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 445/00).

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.