

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.

Marca da bollo € 16

RACCOMANDATA A.R. oppure PEC

modello 5

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI NEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella regione Piemonte ai sensi dell'art. 12 comma 3 del D.L. 35/2019 convertito con L. 60/2019

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 c), del vigente A.C.N., sancito con l'Intesa del 28 aprile 2022

chiede

di concorrere per il 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 la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di in dataall'età di annicon voto di laurea.....(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
- aver conseguito l'abilitazione all'Esercizio Professionale in data.....;

- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di
- 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 frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale/..... presso la Regione Piemonte.....iniziato in data.....
 1° anno 2° anno 3° anno
- di essere residente nel Comune di..... prov..... dal.....
- di 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 inoltre

- **di essere a conoscenza che la partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale è consentita solo in caso di iscrizione al corso di formazione specifica in medicina generale tenuto dalla Regione Piemonte,**
- **di essere a conoscenza che il mancato conseguimento del Diploma di formazione specifica in medicina generale entro il termine previsto dal corso di rispettiva frequenza, comporta la cancellazione dalla graduatoria regionale e la decadenza dall'eventuale incarico assegnato**
- **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.**

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

.....

In fede

Data..... Firma

(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).

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.