

**DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI  
INCARICO A TEMPO DETERMINATO E DI SOSTITUZIONE NEL SERVIZIO DI CONTINUITA'  
ASSISTENZIALE E/O MEDICINA PENITENZIARIA NELL' ASL AL**

**Raccomandata A.R.  
o PEC: aslal@pec.aslal.it**

UFFICIO PROTOCOLLO  
ASL AL  
VIA VENEZIA, 6  
15121 ALESSANDRIA

Il sottoscritto Dott.....nato a.....  
Prov ..... il .....Codice Fiscale .....  
Residente a ..... Via .....n.....  
CAP. .... Tel.....email:.....  
Pec:.....

**VISTO L'AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO E DI  
SOSTITUZIONE PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E LA MEDICINA PENITENZIARIA  
INDETTO DA CODESTA AZIENDA ASL AL PERIODO 01/10/2019 – 29/02/2020**

chiede l'inserimento nella graduatoria aziendale come segue:

- Continuità Assistenziale.
- Medicina Penitenziaria.

(barrare una o entrambe le caselle)

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. 445/00), il sottoscritto dichiara:

di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di..... in data .....con valutazione finale di.....;

di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di..... dal.....;

di essere/non essere (1) in possesso del Diploma di formazione specifica in Medicina Generale o titolo equipollente;

di essere/non essere (1) iscritto nella graduatoria della Regione Piemonte per l'anno.....;

di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L. n.256/1991 presso la Regione.....dal.....;

di appartenere/non appartenere (1) alla sezione c) "Medici non inclusi nelle categorie a, b, d", del suddetto avviso;

di essere/non essere (1) iscritto al corso di Specializzazione di cui al D.L. n. 257/1991 e corrispondenti norme di cui al D.L. n. 368/1999:  
denominazione del corso.....  
soggetto pubblico che lo svolge.....  
con inizio dal.....;

di essere/non essere (1) titolare di incarico come Medico di Assistenza Primaria ai sensi del relativo A.C.N. 29/7/2009, con massimale di n.....scelte e con n..... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di ..... presso l'Azienda.....;

di essere/non essere (1) titolare di incarico come Medico Pediatra di libera scelta ai sensi del relativo A.C.N., con massimale di n.....scelte e con n..... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di ..... presso l'Azienda.....;

di essere/non essere (1) titolare di incarico nella Medicina dei Servizi a tempo indeterminato /determinato presso l' ASL..... per n. ore settimanali.....

Note .....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Mi impegno a comunicare tramite raccomandata A.R. O PEC all' ASL, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione che intervenga alle notizie fornite.

La sottoscrizione della presente domanda non è soggetta ad autentica qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un valido documento di identità ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

Sono consapevole che all'atto dell'assunzione non dovranno sussistere condizioni di incompatibilità di cui all'art. 17 ACN 29/7/2009;

Domicilio presso il quale deve essere inviata ogni comunicazione inerente la presente domanda:  
Via /Piazza .....n.....Località.....  
Prov.....Cap.....Tel.....email.....

pec:.....

si allega alla presente domanda:  
**Copia fotostatica di valido documento di identità;**

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione dell'ASL AL ed Enti o Aziende collegate per finalità inerenti al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente domanda, inoltre, si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato. I dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679.

(1) Cancellare la parte che non interessa

Luogo e data .....

FIRMA