Spett.le ASL AL

MARCA DA BOLLO

€ 16

S.S. CONVENZIONI NAZIONALI UNICHE Dott.ssa Annamaria MILANESE

[aslal@pec.aslal.it](mailto:aslal@pec.aslal.it)

**OGGETTO: Partecipazione all’avviso pubblico per la formazione di un elenco di medici convenzionati disponibili al conferimento di incarichi di assistenza di medicina generale nei confronti di RSA ubicate nel territorio dell’ASL AL.**

**.**

Il sottoscritto Dott.………………….....……..................… nato a...................................……….

Prov ……………. il ……………………….. Codice Fiscale ………………………………………. Residente a ………………………………. Via ……………………………….n…………………. CAP …………………… Tel ……………………………. email:……………………………….…

Domicilio (compilare se diverso dalla residenza)…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

PEC:…………………………………………………………... (OBBLIGATORIA per ogni comunicazione relativa al presente avviso)

**CHIEDE**

di poter partecipare all’avviso di cui all’oggetto e, 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:

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l’Università di…………………………..…in data….……………...........con valutazione finale di…….…….;
2. di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di................….................

dal ... e di comunicare nell’immediatezza ogni variazione/cessazione/sospensione;

1. di essere in possesso del Diploma di formazione specifica in Medicina Generale o titolo equipollente (specificare) …………………………………………………………………………..;
2. di essere/non essere iscritto nella graduatoria della Regione Piemonte per l'anno 2023 con punti ;
3. di essere medico convenzionato in qualità di:
   * Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta dal \*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , con ambulatorio principale nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Distretto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   * Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale) dal\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, assegnato alla postazione sita nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Distretto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oppure di essere:

1. Medico in possesso dei requisiti per l’iscrizione alla graduatoria regionale domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’ASL AL, oppure nella seguente ASL confinante :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Di fornire la disponibilità all’inserimento nelle seguenti RSA (in ordine di preferenza, indicare la numerazione riportata nell’elenco RSA allegato al bando): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Note ……………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………….

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Si impegna a comunicare tramite 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.

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.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Indicare la data di inizio della prima attività nel settore indicato, anche a titolo provvisorio