

MARCA
DA BOLLO
€ 16

Spett.le ASL AL
S.S. CONVENZIONI NAZIONALI UNICHE
aslal@pec.aslal.it

**OGGETTO: Partecipazione all'avviso pubblico per l'iscrizione alle graduatorie aziendali ASL AL per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta, a Rapporto Orario e nell'Assistenza Sanitaria Penitenziaria.
PERIODO DAL 01/03/2025 AL 28/02/2026**

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa.....
nato/a a.....Prov..... il
Codice Fiscale Residente a
Via.....n..... CAP
Tel.....E-mail.....
PEC.....
(per ogni comunicazione relativa al presente avviso)

VISTO L'AVVISO PUBBLICO, DI CUI ALL'OGGETTO, RELATIVO AL PERIODO 01/03/2025 – 28/02/2026

chiede l'inserimento nella graduatoria aziendale come segue (barrare la/e voce/i di interesse):

- ☐ Ruolo Unico di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta (ex Assistenza Primaria)
- ☐ Ruolo Unico di Assistenza Primaria a rapporto Orario (ex Continuità Assistenziale)
- ☐ Assistenza Sanitaria Penitenziaria

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;
3. di essere/non essere (1) in possesso del Diploma di formazione specifica in Medicina Generale o titolo equipollente;
4. di essere/non essere (1) iscritto nella graduatoria della Regione Piemonte per l'anno 2025 con punti.....;
5. 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..... annualità di frequenza 1 ☐ – 2 ☐ – 3 ☐ ;

6. 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 ;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta ai sensi del relativo A.C.N. 04/04/2024, con massimale di n.....scelte e con n..... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese dipresso l'Azienda.....;
8. 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.....;
9. di essere/non essere (1) titolare di incarico nella Medicina dei Servizi a tempo indeterminato/determinato presso l'ASL..... per n. ore settimanali;
10. di aver/non aver svolto (1) la seguente pregressa attività nell'ambito della Sanità Penitenziaria
Sede..... Impegno orario sett.....
Dal.....al.....
Dal.....al.....

Note

.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Mi impegno 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.

Sono consapevole che all'atto dell'assunzione non dovranno sussistere condizioni di incompatibilità di cui all'art. 21 ACN 04/04/2024;

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
