

MARCA
DA BOLLO
€ 16

Spett.le ASL AL
S.S. CONVENZIONI NAZIONALI UNICHE
Dott.ssa Annamaria MILANESE
aslal@pec.aslal.it

**OGGETTO: Partecipazione all'avviso pubblico per l'iscrizione alle graduatorie aziendali ASL AL per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta, a Rapporto Orario e nell'Assistenza Sanitaria Penitenziaria.
PERIODO DAL 01/03/2023 AL 29/02/2024**

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa.....nato/a a.....
Prov il Codice Fiscale
Residente a Vian.....
CAP Tel email:.....
PEC:..... (per ogni comunicazione relativa al
presente avviso)

VISTO L'AVVISO PUBBLICO, DI CUI ALL'OGGETTO, RELATIVO AL PERIODO 01/03/2023 – 29/02/2024

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 2023 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. 28/4/2022, 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 28/04/2022;

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
