

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 di assistenza primaria, continuità assistenziale e assistenza sanitaria penitenziaria

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

Prov ilCodice 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 01/03/2021 – 28/02/2022

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

- Assistenza Primaria
- 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 datacon valutazione finale di.....;
2. di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di..... dal.....;
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.2021 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 come Medico di Medicina Generale 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.....;

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. 17 ACN 29/7/2009;

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