



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

 CATANZARO

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

 CATANZARO

REGIONE CALABRIA

**Allegato A)**

**DOMANDA GRADUATORIA AZIENDALE SUPPLETTIVA**

 **SETTORE CONTINUITA’ ASSISTENZIALE**

**MEDICI CONVENZIONATI**

**INSERITI NELLE GRADUATORIE**

|  |
| --- |
| **IMPOSTA DI BOLLO****Euro 16,00**  |

**Azienda Sanitaria Provinciale**

**Al Responsabile**

**U.O. Gestione Personale Convenzionato**

**Viale Pio X, 194**

 **88100 Catanzaro**

\_\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prov.\_\_\_\_\_ Codice Fiscale**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Comune di residenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(leggibile)

***Fa domanda di inserimento nella graduatoria suppletiva di disponibilità aziendale per il conferimento di incarichi di sostituzione e provvisori,*** ***nel settore della Continuità Assistenziale*** ai sensi dell’art.15 dell’Accordo Collettivo Nazionale vigente e dell’art.2 dell’Intesa 21 giugno 2018 per la Medicina Generale.

**DICHIARA**

Ai sensi e agli effetti di cui agli artt.46 e 47 del T.U. in materia di documentazione amministrativa (D.P.R.28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i,) dichiara formalmente di essere in possesso del.

* Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_ con voto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:
* Di aver conseguito l’abilitazione all’esercizio della professione di medico chirurgo in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere iscritto all'Albo Professionale dei Medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* In possesso dell’attestato di formazione in medicina generale di cui all’art. 1, comma 2 o all’art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e di cui alla legge 277/2003 (punti 7,20)

 non essere essere

 conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione:

Di ⎕ essere ⎕ non essere inserito nella graduatoria valevole per l’anno 2018 con punti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di ⎕ trovarsi non trovarsi in situazioni di incompatibilità di cui all’art. 17 dell’Accordo Collettivo Nazionale vigente.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata all' indirizzo di pec; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( leggibile )

Ai sensi delle disposizioni contenute nel “Codice in materia di protezione dei dati personali” approvato con D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, si autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda e nei relativi allegati, nei limiti degli adempimenti istituzionali previsti dal Contratto Nazionale.

\*\*NOTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

 Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA per esteso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*Qualora lo spazio non fosse sufficiente, per le notizie richieste, utilizzare quello in calce al foglio allo voce “note”

**DA COMPILARE E TRASMETTERE OBBLIGATORIAMENTE SOLO IN CASO DI TRASMISSIONE A MEZZO PEC**

**ATTENENDOSI ALLE INDICAZIONI RIPORTATE IN CALCE.**

**DICHIARAZIONE**

 **ai sensi ed agli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i.**

\_\_Sottoscritt\_\_\_\_\_Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in riferimento alla

domanda di partecipazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere;

1. di avere assolto al pagamento di bollo di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo della presente domanda trattenuto presso il/la sottoscritta/o; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16, 00 applicata è la seguente:

a. data e ora di emissione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b. IDENTIFICATIVO n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione;

Allega, altresì, alla presente documento di identità in corso di validità

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 firma per esteso e leggibile

 **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

 **(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

**DA PRODURRE AGLI ORGANI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI**.

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_) in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

**DICHIARA**

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………….

(luogo, data)

Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Il Dichiarante**

……………………………………………..

Ai sensi dell’art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 , la dichiarazione è sottoscritta dall’interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all’ufficio competente.