

**Allegato A) MEDICI
CONVENZIONATI
INSERITI NELLE GRADUATORIE REGIONALI**

**DOMANDA GRADUATORIA DI DISPONIBILITA' AZIENDALE NEI SETTORI DELLA
MEDICINA GENERALE
(Suppletiva)**

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 _____

Fa domanda di inserimento nelle graduatorie di disponibilità aziendale per il conferimento di incarichi di sostituzione e provvisori, ai sensi dell'art.15 comma 12, dell'Accordo Collettivo Nazionale 29 luglio 2009 e s.m.i., per la Medicina Generale.

(BARRARE IL SETTORE CHE INTERESSA)

- ☐ Assistenza Primaria;
- ☐ Continuità Assistenziale Territoriale
- ☐ Continuità Assistenziale Istituti Penitenziari
- ☐ Emergenza sanitaria territoriale (solo se in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza)

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. _____

Di possedere ai sensi dell'art. 96 attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza conseguito in data _____ presso _____

Di ☐ essere ☐ non essere titolare a tempo indeterminato nella continuità assistenziale nell'ASP di _____ dal _____ ASP di residenza _____

Di ☐ essere ☐ non essere inserito in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito il _____ presso : _____ Specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione _____

Di ☐ non essere ☐ essere medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994

Di ☐ essere ☐ non essere inserito nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2019 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 obbligatorio;

_____ (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 _____

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;

- 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. _____

- 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.