



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

PROCEDURA SPECIALE LEGATA ALL'EMERGENZA COVID 19 PER L'ACQUISIZIONE DI PERSONALE MEDICO PRESSO I REPARTI COVID ASLCN2 ALBA BRA.

Il/La sottoscritto/a
nato/a ila
(Prov:)

residente in
indirizzo n.....
luogo (Prov:)

codice fiscale
tel
cellulare
mail
Pec

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO

E CHIEDE, in relazione all'emergenza sanitaria connessa alla diffusione del virus COVID -19, di essere iscritto in un elenco di (*barrare l'alternativa scelta*)

■ medici specialisti nella disciplina di

- ANESTESIA E RIANIMAZIONE
- IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA
- MALATTIE DELL' APPARATO RESPIRATORIO
- MALATTIE INFETTIVE
- MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA



A.S.L. CN2

*Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra*

- MEDICINA INTERNA
- MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA

■ **personale medico collocato in quiescenza nella disciplina di:**

- ANESTESIA E RIANIMAZIONE
- IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA
- MALATTIE DELL' APPARATO RESPIRATORIO
- MALATTIE INFETTIVE
- MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA
- MEDICINA INTERNA
- MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA

■ **medico laureato in medicina e chirurgia non specializzato o specializzato in discipline non ricomprese negli elenchi soprastanti.**

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 E 47 dpr 445/2000 s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 in caso di dichiarazioni mendaci del medesimo DPR 445/2000 quanto segue:

- di essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia
- di essere in possesso della specialità in
.....
- di non essere attualmente dipendente del Servizio Sanitario Nazionale o di altra Pubblica Amministrazione
- di essere iscritto all'ordine dei medici di al n
- solo per i cittadini di stato estero non facente parte dell'Unione Europea - di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno in corso di validità rilasciato da
.....
- di aver maturato le seguenti esperienze professionali:
➤



A.S.L. CN2

*Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra*

.....

➤

.....

➤

.....

➤

.....

In fede _____ luogo e data _____