



**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 O TERRITORIO  
ASLCN2 ALBA BRA.**

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a il .....a .....  
(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



**A.S.L. CN2**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra*

- MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA**
- 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 \_\_\_\_\_