

SCHEMA INFORMALE ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA

Al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Cn2

Via Vida, 10 - 12051 Alba

Il/La sottoscritt..... Dott..... chiede di poter partecipare all'avviso pubblicato sul sito aziendale con determinazione n°..... del.....per la formazione di apposita graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato quali medici del servizio di medicina generale continuità assistenziale, per la gestione dell'emergenza epidemiologica da covid-19 (USCA)

DICHIARA

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

a) di essere residente in Regione Piemonte dal \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

b) tel. \_\_\_\_\_;

c) indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_;

d) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito in data \_\_\_\_\_ con voto di laurea \_\_\_\_\_;

e) di essere / non essere in possesso della patente di cat. B n. \_\_\_\_\_ valida fino al \_\_\_\_\_;

f) di essere iscritto all' Albo dell' Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

g) di essere / non essere Medico titolare di Continuità Assistenziale presso \_\_\_\_\_;

h) di essere / non essere iscritto nella graduatoria regionale di Medicina Generale;

i) di essere / non essere Medico di Continuità Assistenziale con incarico determinato o sostituito presso \_\_\_\_\_;

j) di frequentare / non frequentare il corso di formazione specifica in Medicina Generale;

k) di aver prestato / prestare servizio come medico di Continuità Assistenziale/USCA nell'ASLCN2 o presso la Casa di Reclusione di Alba a decorrere dal\_\_\_\_\_fino al\_\_\_\_\_

che l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) obbligatoria al quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative al pubblico avviso è il seguente:\_\_\_\_\_;

Il/la sottoscritto, ai sensi del D.Lgs 30.06.2003 n. 196, autorizza, per le finalità di gestione dell'avviso e controlli sulla veridicità delle autocertificazioni fornite, il trattamento dei propri dati.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N.B.: \* Sbarrare entrambe le caselle o soltanto la casella del Servizio per il quale si intende dare la propria disponibilità.

Allegare alla presente copia fotostatica ancorché non autenticata di un documento di identità.