All.to B)

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 di sostituzione a tempo determinato nel Servizio integrativo diurno di assistenza sanitaria c/o la Casa di Reclusione "G. Montalto" di Alba

a) di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____ e residente a_____invia_____n.____
b) di essere residente in Regione Piemonte dal_____nel Comune di _____Prov._____Via_____ dal_____
c) tel._____
d) indirizzo di posta elettronica_____
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 in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito in data _____con voto di laurea_____;
h) di essere / non essere iscritto nella graduatoria regionale valida per l'anno_____
i) di avere / non avere acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.
j) di frequentare / non frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale;
k) di avere / non avere acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

l) di frequentare / non frequentare un corso di specializzazione in _____;

m) di aver prestato / prestare servizio come medico di Continuità Assistenziale 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.