

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 "aperto" pubblicato sul sito aziendale con determinazione n° 245 del 10/02/2025 per la formazione di apposita graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarichi:

\* provvisori

\* di sostituzione

- 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 iscritto all' Albo dell' Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ al  
n. \_\_\_\_\_
- f) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito in data  
\_\_\_\_\_ con voto di laurea \_\_\_\_\_;
- g) di essere/non essere iscritto nella graduatoria regionale valida per l'anno \_\_\_\_\_
- h) 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.
- i) di frequentare/non frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale della  
Regione \_\_\_\_\_;
- j) di avere/non avere acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- k) di frequentare/non frequentare un corso di specializzazione in \_\_\_\_\_;
- l) di aver prestato/prestare servizio come medico provvisorio nell'Assistenza Primaria presso l'ASL CN2  
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 sottoscritt ,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.: \*Barrare 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.