

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 in data 11/02/2025 per la formazione di due graduatorie di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato e di sostituzione

- o nel Servizio di Continuità Assistenziale (opzione obbligatoria)
- o presso le Struttura C.A.V.S. di Canale d'Alba e Verduno

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

a) di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____ e residente a _____ in via _____ n. _____

b) di essere residente in Regione Piemonte dal _____ nel Comune di _____ Prov. _____ Via _____ dal _____

c) tel. _____ indirizzo di posta elettronica _____

d) di essere/non essere in possesso della patente di cat. B n. _____ valida fino al _____

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 il seguente punteggio _____

g) di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina Generale o titolo equipollente come previsto dai DD.LL.vi n.256/91, 368/99 e 277/03;

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 essersi/non essersi iscritto all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994

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

m) di aver prestato/prestare servizio come medico di Continuità Assistenziale nell'ASLCN2 o presso la Struttura C.A.V.S. dell'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

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

N.B.* L'iscrizione al servizio di continuità assistenziale è sempre obbligatoria. In aggiunta, il medico potrà barrare anche la casella delle Strutture C.A.V.S. di Canale d'Alba e Verduno.