

|  |               |   |
|--|---------------|---|
|  <b>A.S.L. VC</b><br>Azienda Sanitaria Locale<br>di Vercelli | <b>MODULO</b> | Rich. inserim.graduatoria<br>incarichi tempo determ. C.A.<br>(DISVC.MO.1388.00).doc |
|  |               | pag1/2  |

All'Azienda Sanitaria Locale VC  
 Corso Mario Abbiate 21  
 13100 VERCELLI

**OGGETTO: domanda per l'inserimento nella Graduatoria unica aziendale valida per incarichi a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale (art. 3 della D.G.R. 29 gennaio 2013, n. 37-5285).**

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il .....  
 a ..... residente a ..... (prov. ....) e domiciliato a  
 ..... (prov. ....) in via ..... (indicare se  
 diverso dalla residenza), Codice fiscale ..... Tel. ....  
 E-mail ....., PEC .....

**Chiede di essere inserito/a nella Graduatoria valida per il conferimento degli incarichi a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL VC.**

Dichiaro/a inoltre:

- di essere/non essere** inserito nella graduatoria regionale dei Medici di Medicina Generale di settore
- di essere/non essere** in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale
- di essere/non essere** iscritto/a al corso di formazione in Medicina Generale
- di frequentare/non frequentare** un corso di specializzazione in .....
- di avere/ non avere** riportato provvedimenti disciplinari negli ultimi 5 anni.
- di essere/non essere** medico convenzionato per l'assistenza primaria con un numero di scelte ..... in data .....
- di essere/non essere** medico della medicina dei servizi con un numero di ore di incarico .....
- di essere/non essere** disponibile ad accettare incarichi di Medico SIAS presso la Casa Circondariale di Vercelli.

Allego dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 46-47 D.P.R. 28/12/2000, N. 445) attestante la posizione professionale, corredata di valido documento di riconoscimento.

Data

In fede

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| Stesura: Dott. Cristiano Gianoli<br>Convenzioni CNU – Giugno<br>2013  | Verifica: Prof. Massimiliano<br>Panella – Direttore Distretto VC –<br>Giugno 2013 | Autorizzazione: Prof. Massimiliano<br>Panella – Direttore Distretto VC –<br>Giugno 2013 | Emissione: Prof. Massimiliano<br>Panella – Direttore Distretto VC –<br>Giugno 2013 |
| <small>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</small> |   |   |  |



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÁ (art. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000, N. 445)

Io sottoscritto Dott. .... nato a ..... il.....  
residente a ..... Prov. .... dal ..... telef. ....  
via ..... n. ....

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sotto la mia personale responsabilità

### DICHIARO

- di essere iscritto all'Albo professionale..... (dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o dei veterinari, o dei biologi, o dei chimici, o degli psicologi) presso l'Ordine provinciale /regionale di..... dal.....;
- di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di..... con voto ..... in data.....;
- di essere/non essere in possesso dell'attestato di Formazione in Medicina Generale conseguito presso la Regione..... – data inizio corso (gg/mm/aa) ..... – data fine corso (gg/mm/aa) .....
- di essere /non essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
  - o in ..... conseguita il..... presso l'Università di..... con voto ..... in data.....;
  - o in ..... conseguita il..... presso l'Università di..... con voto ..... in data.....;

Io sottoscritto dichiaro di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, relativo alla decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto, della suddetta dichiarazione.

Io sottoscritto, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (codice in materia di protezione dei dati personali), accordo il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Io sottoscritto allego fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Data .....

Firma

.....

**ALLEGARE COPIA FOTOSTATICA DI VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITÀ**

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| Stesura: Dott. Cristiano Gianoli<br>Convenzioni CNU – Giugno 2013  | Verifica: Prof. Massimiliano Panella – Direttore Distretto VC –<br>Giugno 2013 | Autorizzazione: Prof. Massimiliano Panella – Direttore Distretto VC –<br>Giugno 2013 | Emissione: Prof. Massimiliano Panella – Direttore Distretto VC –<br>Giugno 2013 |
| QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE. |  |  |   |