Allegato 1

AL DIRETTORE GENERALE

A.S.L. V.C.O.

Via Mazzini 117

28887 OMEGNA VB

il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con riferimento all’Avviso Pubblico apparso sul B.U.R. Piemonte n. \_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rivolge domanda di ammissione ai fini dell’inserimento nella relativa graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato per:

attività collegate alla Medicina di Gruppo e/o Pediatria di Gruppo dell’ASL VCO

sostituzione e reperibilità nel Servizio di Continuità Assistenziale, ai sensi dell’art. 70 dell’ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale del 29/07/2009 e s.m.i.

incarichi provvisori nel Servizio di Assistenza Primaria ai sensi dell’art. 38 dell’ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale del 29/07/2009 e s.m.i.

assistenza sanitaria in località a forte afflusso turistico a favore di cittadini non residenti (Guardia medica turistica)

attività di assistenza sanitaria penitenziaria

assistenza agli ospiti convenzionati presso le Residenze Sanitarie Assistenziali locali nel caso di esaurimento della graduatoria dei medici di assistenza primaria

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445:

(nei casi negativi barrare azzerando nello spazio dedicato per la risposta)

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_;
3. di essere iscritto/a nella graduatoria regionale definitiva medici di continuità assistenziale valida per l’anno in corso alla posizione n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ con punti\_\_\_\_\_\_;
4. di aver conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la laurea in Medicina e Chirurgia presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ riportando il seguente voto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
5. di aver conseguito l’abilitazione all’esercizio della professione di Medico Chirurgo il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
6. di essere iscritto/a all’Albo dell’Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
7. di aver conseguito, in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ l’attestato di formazione in medicina generale presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
8. di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale al \_\_\_\_\_\_\_ anno della scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
9. di essere iscritto/a al \_\_\_\_\_\_\_\_ anno della scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
10. di essere/non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente o convenzionato con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
11. di prestare servizio presso:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di essere titolare di incarico di assistenza primaria con massimale di n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al mese di Dicembre 2018 e di non svolgere altre attività che comportino riduzione del massimale;
2. di essere titolare di incarico di continuità assistenziale o di medicina dei servizi o di emergenza sanitaria territoriale senza altri rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale per n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore settimanali;
3. di essere titolare di incarico di assistenza primaria o di continuità assistenziale o di medicina dei servizi o di emergenza sanitaria territoriale dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare giorno, mese ed anno);
4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni (escluse quelle in ambito pediatrico):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di non trovarsi nella posizione di incompatibilità di cui all’art. 17 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale;
2. di indicare come recapito telefonico il n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di voler ricevere le comunicazioni al seguente indirizzo:

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_