

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERITORIALE
(medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale)**

(possono partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo i medici iscritti ai corsi di formazione
specifica in medicina generale istituiti presso la Regione Calabria)

RACCOMANDATA A.R.



Azienda Sanitaria Provinciale
Di_Crotone
Via M. Nicoletta
c/o Centro Direzionale "il granaio"
88900 CROTONE

Il/la sottoscritto/a Dr.....

nato/a a.....il.....

residente a.....prov.....Via.....

CAP.....tel..... cell.....

P.e.c. : _____(leggibile e obbligatoria).

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito con la Legge n.12/2019, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n..... del 2019, come di seguito indicato:

(Indicare le postazioni d'interesse)

- TUTTE
- POSTAZIONE P.E.T. DI _____
- CENTRALE OPERATIVA _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di..... in data con voto; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)
2. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data o nella sessione n. dell'anno, presso l'Università
3. di
4. di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di, dal

5. di frequentare

- il primo anno
- il secondo anno
- il secondo anno

del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio ____/____ presso la Regione _____, iniziato in data _____.

6. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto dall'art. 96 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23.03.2005 e s.m.i, conseguito presso _____ Regione..... in data.....

N.B.: la mancata compilazione di questi punti comporta l'esclusione dalla graduatoria

7. di essere residente nel Comune di _____ prov. ____ dal _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto ai corsi di formazione specifica in medicina generale istituiti presso la Regione CALABRIA.
- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016.

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo P.E.C.

.....

Data

Firma

.....

.....

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).