

**DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PER L'ASSISTENZA SANITARIA NOTTURNA AI
TURISTI (SEDE DI CAORLE) - STAGIONE ESTIVA 2020.**

(avviso pubblico prot. n. 29581 del 29.05.2020

SCADENZA 08.06.2020

AL DIRETTORE GENERALE

Azienda Unità Locale Socio Sanitaria n. 4

"Veneto Orientale"

Piazza de Gasperi n. 5

30027 - SAN DONA' DI PIAVE

Il/la sottoscritto/a Dr./ssa

nato/a _____ il _____

residente a _____ C.A.P. _____ prov. _____

Via /piazza _____ n. _____ tel. _____

cell. _____ indirizzo e-mail _____

indirizzo pec _____

CHIEDE

il conferimento degli incarichi per l'assistenza sanitaria ai turisti nella località balneare dell' azienda u.l.s.s. n. 4, come da pubblicazione del presente avviso all'albo aziendale e nel sito web istituzionale del _____ .
Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall' art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- di essere/non essere incluso__ nella graduatoria regionale unica vigente, con punti _____;
- di avere/non avere in atto altri incarichi di alcun genere, a titolo di dipendenza o autonomo, nel periodo 1° luglio 2020 – 31 agosto 2020; (in caso positivo indicare quali)

- _____
- _____
- di essere/non essere stato, nel corso dell'ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione dell'avviso pubblico prot. n. _____ del _____, destinatario di sanzioni disciplinari, quali previste dall' art. 30 – comma 7 (gravi violazioni) dell' accordo collettivo nazionale medici di medicina generale 23.03.2005 e successive modifiche ed integrazioni, a seguito di inadempimenti a disposizioni previste dal predetto accordo nazionale di categoria, dal regolamento aziendale per il servizio di medicina turistica o da atti equivalenti previsti da altre aziende sanitarie (in caso positivo indicare quali);

- _____
- di aver conseguito la laurea in medicina e chirurgia il _____
presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____
 - esame di Stato presso l'Università degli Studi di _____ il _____
 - di essere iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici di _____
dal _____ n. _____

- di essere residente nel comune di _____ dal _____

Allega fotocopia leggibile, fronte/retro, di documento di identità in corso di validità

Data _____

Firma (per esteso)