

AL DIRETTORE GENERALE
A.U.L.S.S. - 4 “Veneto Orientale”
Piazza de Gasperi n. 5
30027 - SAN DONA’ DI PIAVE (VE)

Applicare qui la
MARCA DA BOLLO
(€ 16,00)

Spazio riservato al protocollo dell’Azienda

**OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO PUBBLICO PER IL
CONFERIMENTO DI INCARICHI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE A TEMPO DETERMINATO
DI MEDICO DI CONTINUITA’ ASSISTENZIALE NELL’AMBITO DEL PROGETTO
SPERIMENTALE “CODICI BIANCHI ED EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE”**

Rif.to Avviso prot. n. _____ del _____

Il sottoscritt _____ dr. _____ nat_ a

Cognome Nome

il _____ residente a _____ c.a.p. _____ prov.

_____ in via _____ n. _____ Tel. _____ Cell.

_____ e-mail _____ pec.

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

di partecipare all’avviso pubblico in oggetto e a tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi del combinato disposto degli artt. 46 e 47 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio), nonché dell’art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA

[N.B. compilare tutti i campi in maniera completa e in stampatello leggibile; barrare con una “X” le caselle interessate]

1) di essere in possesso di diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l’Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____ / _____ (per i titoli

conseguiti nei Paesi extra Unione Europea, indicare la data di riconoscimento del titolo in Italia da parte del Ministero della Salute: _____) e abilitat_ all'esercizio professionale il _____ a _____;

2) di essere iscritt_ all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____

3) di essere in possesso dell'attestazione del corso di Medicina di Emergenza Territoriale (MEST) conseguito presso _____ in data _____;

4) di essere non essere incorso, nel biennio precedente alla data di presentazione della domanda (quadriennio precedente nei casi all'art. 19, c. 4), di provvedimenti in base alle procedure di cui all'art. 30 comma 7, del vigente accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Allega altresì:

- a) curriculum vitae aggiornato e redatto secondo il modello europeo in uso;
- b) la seguente documentazione ritenuta utile ai fini della verifica di idoneità:
 -
 -
 -
 -

DICHIARA altresì:

(solo in caso di trasmissione tramite pec o posta elettronica)

- a) di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16.00; a comprova indica i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:
 - data e ora di emissione _____;
 - IDENTIFICATIVO n. _____;
- b) di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e di aver annullato la stessa;
- c) di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'amministrazione.

I sottoscritt_ accetta, infine, le condizioni di cui all'avviso in oggetto e si impegna a:

- comunicare all'Azienda ULSS n. 4 di San Donà di Piave – Ufficio Convenzioni, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione intervenga sulle notizie fornite con la presente dichiarazione;
- far cessare eventuali situazioni di incompatibilità dalla data di decorrenza dall'incarico di medico di continuità assistenziale attribuito da codesta Azienda ULSS.

ALLEGA FOTOCOPIA LEGGIBILE, FRONTE/RETRO, DI DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ.

data _____

firma _____ (*)

(*) La presente domanda deve essere firmata e integralmente compilata, a pena di esclusione dall'elenco. La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore**. – Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali richiesti, si informa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali sono stati acquisiti.

