

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

Allegato alla deliberazione n. 459 del 12/05/2021

Spazio riservato al protocollo dell'Azienda

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

**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. 23197 del 17/05/2021

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 in possesso dell'attestazione del corso di formazione per codici bianchi conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

5) 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.