

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PER L'ASSISTENZA SANITARIA

NOTTURNA AI TURISTI – STAGIONE ESTIVA 2017.

(avviso pubblico prot. n. 26097 del 08.05.2017)

MARCA
DA
BOLLO
€ 16,00

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 dell'incarico per l'assistenza sanitaria ai turisti nelle località balneari 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 inclus__ 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° giugno 2017 – 31 agosto 2017; (in caso positivo indicare quali)

- di essere/non essere stato, nel corso dell'ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione dell'avviso pubblico di 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 _____

DICHIARA altresì:

1. 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. _____;
2. di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e di aver annullato la stessa;
3. di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'amministrazione.

Data _____

Firma (per esteso)