

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PER L'ASSISTENZA SANITARIA
NOTTURNA AI TURISTI – STAGIONE ESTIVA 2016.

(avviso pubblico prot. n. 26416 del 02.05.2016)

MARCA
DA
BOLLO
€ 16,00

AL DIRETTORE GENERALE
Azienda Unità Locale Socio Sanitaria n. 10
“Veneto Orientale”
Piazza de Gasperi n. 5
30027 - SANDONA' 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. 10, 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

altresì:

- 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 2016 – 31 agosto 2016; (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. 26416 del 02.05.2016, 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 _____

Data _____

Firma