

DOMANDA

PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A MEDICI DI ASSISTENZA SANITARIA DIURNA AI TURISTI PER
LA STAGIONE ESTIVA 2020

(avviso pubblico prot. n. 36772 del 08.07.2020)

SCADENZA 13.07.2020

AL DIRETTORE GENERALE

Azienda ULSS n. 4 "Veneto Orientale"

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

di partecipare all'avviso pubblico in oggetto, di reclutamento di personale medico, atto a garantire per il periodo estivo l'assistenza sanitaria diurna presso gli ambulatori turistici nelle località del litorale dell'azienda u.l.s.s. n. 4 "Veneto Orientale".

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 interessato dal potenziale incarico (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 _____
- di aver superato l'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)