

2) di essere in possesso di Diploma di Specializzazione in _____
conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;

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

4) di essere non essere inserit_ nella graduatoria definitiva della medicina generale della Regione Veneto valida per il corrente anno (specificare il punteggio _____);

5) di essere non essere in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale (in caso affermativo specificare: soggetto pubblico che lo ha svolto, sede del corso e data conseguimento _____);

6) di essere non essere iscritt_ al corso di formazione specifica in medicina generale (in caso affermativo specificare: soggetto pubblico che lo svolge, sede del corso e anno di iscrizione _____)

In caso di iscrizione

con borsa di studio;

senza borsa di studio ai sensi della norma finale n. 5 – A.C.N. 23.03.05 e s.m.i.;

7) di essere non essere iscritt_ a scuola di specializzazione (di cui all'art. 19, comma 11 della legge 28 dicembre 2001 n. 448) (in caso affermativo specificare: scuola e sede _____);

In caso di iscrizione

con borsa di studio;

senza borsa di studio ai sensi della norma finale n. 5 – A.C.N. 23.03.05 e s.m.i.;

8) di avere non avere in corso un rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (in caso affermativo indicare: datore di lavoro e tipologia di attività) _____);

9) di avere non avere subito provvedimenti ai sensi dell' art. 30, c. 7, – ACN Medicina Generale 23.03.05 e s.m.i., (in caso affermativo specificare: a)-la data di irrogazione effettiva della sanzione _____; b)-la data di decadenza del rapporto convenzionale _____);

10) di essere non essere titolare di patente di guida di categoria B o superiore;

DICHIARA altresì:
(solo in caso di trasmissione tramite pec)

- 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 – UOS Rapporti in Convenzione, 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.