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

Rif. deliberazione n. 1045 dell'11.11.2019

Spazio riservato al protocollo dell'Azienda

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

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE A TEMPO DETERMINATO.

Rif.to Avviso prot. n. 65860/DAA 1/2 del 13.11.2019

_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 essere inserit__ nell'elenco aziendale dei medici disponibili per il conferimento di incarichi a tempo determinato, di 24 ore settimanali, di medico di continuità assistenziale.

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 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 subìto 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.