|  |
| --- |
| Marca da bollo |

Allegato 2

# 

Azienda Sanitaria di Potenza

Via Torraca n. 2

85100 Potenza

Oggetto: Domanda per l’inserimento nelle Graduatorie Aziendali ASP valevoli per l’anno 2022 redatte ai sensi dell’art.19 comma 6 del vigente ACN per i rapporti con i Medici di Medicina Generale per l’eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all’affidamento di sostituzione

Il sottoscritto Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_

cell. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# CHIEDE

di essere incluso nella Graduatoria Aziendale ASP, valida per l’anno 2022, redatta ai sensi dell’art.19 vigente ACN per i rapporti con i Medici di Medicina Generale, per l’eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all’affidamento di sostituzione per la seguente disciplina:

barrare la/le seguente disciplina/e

|  |
| --- |
|  |

RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

|  |
| --- |
|  |

MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI

|  |
| --- |
|  |

EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

|  |
| --- |
|  |

ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

A tal fine, ai sensi ed effetti del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali, nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (art.76 D.P.R. n° 445/2000),

DICHIARA

- di essere laureato in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con votazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- di essere iscritto all’Albo Professionale dei Medici e dei Chirurghi della Provincia di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a far data dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con iscrizione N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-di essere/non essere presente tra gli inclusi nella graduatoria unica della Regione Basilicata

valevole per l’anno 2022 con punteggio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-di aver conseguito l’attestato di formazione in medicina generale di cui al DL.vo n.256/91 in

data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nella Regione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-di essere/non essere iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al DL.vo n.256/91 o a corso di specializzazione di cui al DL.vo n.257/91 e corrispondenti norme di cui al DL.vo n.368/99:

denominazione del corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Soggetto pubblico che lo svolge\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inizio dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-di essere in possesso/non essere in possesso dell’attestato di idoneità all’esercizio dell’attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all’art. 66 del vigente A.C.N.

rilasciato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-di detenere il seguente rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (in caso negativo scrivere

nessuno) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di non trovarsi in situazioni di incompatibilità di cui all’art. 21 dell’ACN;

Si impegna a comunicare alla ASP ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate anche con riferimento alle eventuali situazioni di incompatibilità (art. 21 ACN).

Allega fotocopia di un documento di riconoscimento valido.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_