

ALLEGATO - FAC SIMILE DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Alla A.S.L.

Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'ammissione al corso di formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della ASL_____ anno 2019.

Il/La sottoscritto/a ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R.' 28.12.2000 n. 445 e s.m.i., consapevole delle conseguenze penali cui può andare incontro su quando dichiarato nella presente, presa visione del bando pubblicato sul B.U.R.C. n. _____ del _____ chiede di essere ammesso/a alla selezione per la formazione delle apposite graduatorie per l'ammissione al corso di formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della ASL _____ anno 2019.

A tal fine dichiara:

a) di essere nato/a a _____ il _____ cod. Fis. _____
_____;

b) di risiedere nel comune di _____ CAP _____, in via _____
_____ n. _____ tel. _____
_____, _____, PEC _____
_____;

c) di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ con voto _____ presso l'Università di _____;

d) di essere iscritto/a all'albo Professionale presso l'Ordine dei Medici della Provincia di _____
_____ dal _____;

e) di essere medico (apporre una crocetta in corrispondenza del titolo di partecipazione):

incaricato a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale presso la A.S.L.
_____ dal _____;

iscritto nella graduatoria regionale vigente di M.G., posizione n. _____ punti
_____;

titolare di incarico provvisorio presso la A.S.L. di _____ nel servizio Emergenza
Sanitaria Territoriale dal _____ tutt'oggi;

non inserito nella graduatoria regionale, concorrente per l'inserimento nell'elenco previsto
dalla norma transitoria n. 4 dell'A.C.N. vigente, avendo acquisito l'attestato di formazione specifica
in medicina generale in data _____;

non inserito nella graduatoria regionale, concorrente per l'inclusione nell'elenco previsto
dalla norma finale n. 5 dell'A.C.N. vigente, avendo acquisito l'abilitazione professionale

successivamente alla data del 31.12.1994;

f) di non frequentare il corso di formazione in medicina generale;

g) di non frequentare alcuna scuola di specializzazione;

h) di detenere / non detenere alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato. In caso affermativo indicare la natura del rapporto _____;

i) di trovarsi / non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità, ai sensi dell'art. 17 dell'A.C.N. del 29.07.2009;

j) di non avere riportato provvedimenti disciplinari né avere procedimenti a proprio carico in corso comportanti la cessazione del rapporto convenzionale;

k) di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni per le finalità connesse alla presente procedura;

l) di accettare tutto quanto previsto dal bando di indizione;

m) di essere consapevole che le informazioni attinenti al presente bando si avranno per conosciute con la semplice pubblicazione sul sito aziendale della ASL BR,

n) Di essere consapevole che le comunicazioni inerenti la presente procedura saranno effettuate esclusivamente tramite PEC.

Allega alla presente copia fotostatica di un documento di riconoscimento.

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva, tutte le condizioni fissate dall'Accordo Collettivo Nazionale del 29.07.2009 e dagli Accordi Integrativi Regionali che disciplinano i rapporti con i medici di medicina generale, dei quali ha integrale conoscenza

Data _____

firma _____