

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (per graduatoria)

(ALLEGATO B)

AI DIRETTORE GENERALE
ASL AVELLINO
VIA DEGLI IMBIMBO 10/12
83100 AVELLINO

Marca da Bollo € 16,00

Il sottoscritto Dott. _____ nato a

_____ Prov. _____

il _____ codice fiscale _____

_____ residente a _____

_____ prov. _____

via _____ n. _____

CAP _____ dal _____ Cell. _____

_____ PEC _____

INSERITO NELLA GRADUATORIA REGIONALE VALIDA PER L'ANNO 2019

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 6, lettera b), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale 23.03.2005 e s.m.i., di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. del _____ e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando la postazione fissa o itinerante come da avviso):

N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;
3. di essere iscritto nella graduatoria regionale - valevole per l'anno 2019 con punti _____ e che alla data di scadenza della presentazione

- della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria non era titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria;
4. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale;
5. di essere residente nel comune di _____
dal _____;
6. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso la stessa Asl nel servizio di continuità assistenziale dal _____;
7. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'ambito della Regione Campania nel servizio di continuità assistenziale ASL dal _____ al _____ n _____
8. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;
9. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.mi. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato E).
- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

pec: _____

Data _____ firma _____ per

esteso _____

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).