

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale)

(ALLEGATO D)

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 _____

secondo quanto previsto dall'articolo 9, comma 1 del Decreto Legge n.135/2018, convertito in Legge n. 12/2019, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale della Regione Campania qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 92 del vigente ACN, uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimangano vacanti;

per gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Campia n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente 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

- di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;

3. di frequentare il _____ (indicare l'anno di corso) anno del Corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale _____/_____ presso la Regione iniziato in data _____;
4. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;
5. di essere residente nel Comune di _____ prov (____) dal _____
6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m i. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

DICHIARA INOLTRE

- α) di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 92 del vigente ACN uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimarranno vacanti
- β) di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale;

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).