

Al Rappresentante legale dell'ASP TRAPANI
per il tramite dell'UOC Gestione Amministrativa Attività Territoriali

OGGETTO: Istanza per l'inserimento nella graduatoria aziendale anno 2020 di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarichi provvisori a tempo determinato o per l'affidamento di sostituzioni per l'Assistenza Primaria, per la Continuità Assistenziale e l'Emergenza Sanitaria Territoriale, giusta Graduatoria Regionale definitiva di Medicina Generale – GURS (P. I) n. 53 del 29/11/2019; riapertura termini scadenza 30/04/2020.

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ Prov. _____ il ___/___/___ Codice Fiscale _____
mobile _____ e-mail _____

secondo quanto previsto dall'art. 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 23/03/2005 e ss.mm.ii.,
CHIEDE

ai sensi dell'art.11 dell'Accordo Regionale di Continuità Assistenziale pubblicato sulla GURS n. 45 del 15/10/2010, l'inserimento nella Graduatoria Aziendale di Medicina Generale, valida per l'anno 2020, relativamente a:

- Assistenza Primaria Continuità Assistenziale Emergenza Sanitaria Territoriale
indicare esplicitamente (*barrando una o più caselle*) a quale/i settore/i di attività intendono partecipare

A tal fine in conformità dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, formalmente il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- a) di essere nato/a a _____ Prov. _____ il ___/___/___;
- b) di essere residente in _____ Prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____;
- c) di essere domiciliato in _____ Prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____;
- d) di eleggere il proprio "domicilio informatico" con la PEC (Posta Elettronica Certificata) per richieste da e per la Pubblica Amministrazione _____;
- e) che l'originale della domanda, inviata tramite PEC, risulta in mio possesso e di produrlo in caso di controllo;
- f) di essere – di non essere (1) cittadino italiano;
- g) di essere – di non essere (1) cittadino di altro Paese appartenente alla UE _____;
- h) di essere – di non essere (1) cittadino del seguente Stato _____ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3bis del D.lgs n. 165/2001 e s.m.i. ;
- i) di godere – di non godere (1) dei diritti civili e politici;
- j) di aver – di non aver (1) riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di giudizi civili e/o amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- k) di essere – di non essere (1) a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- l) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di _____ il ___/___/___ con voto ___/___;
- m) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il ___/___/___ presso l'Università di _____;
- n) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ il ___/___/___ al numero _____;
- o) di essere – di non essere (1) inserito/a nella Graduatoria Regionale definitiva di Medicina Generale – GURS (P. I) n. 53 del 29/11/2019 con la seguente posizione n. _____;
- p) di aver – di non aver (1) acquisito il titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale il ___/___/___ nella Regione _____;
- q) di aver – di non aver (1) acquisito il titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, giusta c. 6 art. 15 dell'ACN;
- r) di essere – non essere (1) iscritto al Corso Formazione Specifica in Medicina Generale dal ___/___/___ al ___/___/___ nella Regione _____;
- s) di essere – non essere (1) iscritto alla Scuola di Specializzazione _____ dal ___/___/___

presso l'Università degli Studi di _____;

- t) di essere – non essere (1) in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale conseguito presso _____ il ____/____/____.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n. 2016/679/UE e del Codice della Privacy, D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; che i dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale; che il Titolare del trattamento dei dati è il legale rappresentante dell'Azienda; che il Responsabile del trattamento dei dati è il legale rappresentante dell'Azienda.

Il/La sottoscritto/a autorizza l'Azienda al trattamento dei propri dati personali e si impegna a comunicare qualsiasi variazione intervenga in merito a quanto sopra dichiarato.

_____ lì _____

Firma (*) _____

(1) cancellare la parte che non interessa

(*) Art. 38, terzo comma, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445: Le istanze e le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.