Spett.le A.S.L.TO4

Marca da bollo

€ 16,00

Annullare con data e firma

S.C. AFFARI ISTITUZIONALI – LEGALI – CNU

**pec: direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it**

**Domanda per l’inserimento nella graduatoria valida per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale) dell’ASL TO4 per l’anno 2024.**

Il/la sottoscritto/a.....................................................................................................................

nato/a …………………………………………………………………..il ....................................

Codice fiscale.........................................................................................................................

Cellulare ......................................................email .................................................................

Indirizzo di Posta Certificata ……………………………………………………………………

**CHIEDE**

□ di essere inserito/a nella graduatoria valida per il conferimento degli incarichi a tempo determinato nel Servizio di Assistenza Primaria ad Attività oraria (ex Continuità Assistenziale) dell’ASL TO4 per l’anno 2024;

□ di essere inserito/a nella graduatoria valida per il conferimento degli ”Incarichi di disponibilità a sostituzione generica” di Assistenza Primaria ad Attività oraria (ex Continuità Assistenziale) di per il Distretto di ......................................;

**DICHIARA**

**Ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali come previsto dall’art.76 del succitato D.P.R.**

□Di essere residente a……………………………… in via …………………………….. n. ……….;

**□** Domiciliato a ……………………………………… in via …………………………….. n. ……….;

□ Di possedere la cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla U.E.;

□ Di essere familiare di cittadini europei non aventi la cittadinanza in uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno permanente;

□ Di essere cittadini di Paesi terzi titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;

□ Di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso................................................................ in data ...........................con voto..................;

□ Di essere abilitato/a all’esercizio professionale di medici chirurghi dal ............................... conseguita presso ............................................................... ;

□ Di essere iscritto all’Albo dei Medici Chirurghi di ...................................... dal

□ Di essere in possesso della patente di guida cat. B;

□ Di essere/non essere inserito nella graduatoria regionale definitiva dei medici di Medicina Generale;

□ Di essere/non essere in possesso dell’attestato di formazione specifica in Medicina Generale;

□ Di essere/non essere iscritto/a al corso di formazione specifica in Medicina Generale dal ......................;

□ Di essere/non essere specializzando/a in ............................................................................ dal ......................;

□ Di avere/ non avere riportato provvedimenti disciplinari negli ultimi 5 anni;

□ Di essere/non essere medico convenzionato per l’assistenza primaria a ciclo di scelta con numero ....... scelte alla data ......................;

□ Di essere/non essere medico della Medicina dei Servizi con un numero............ ore di incarico;

□ Di svolgere/ non svolgere la seguente attività sanitaria:

Organismo: ...............................................................................................................................

Via ………………………………………………………Comune di ………………………………

Tipo di attività………………………………………Tipo rapporto di lavoro ……………………..

Ore settimanali………………………………… periodo dal ………………………………………

Dichiara altresì:

□ Di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e aver annullato la stessa;

□ Di conservare l’originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell’Amministrazione.

DATA ............................... firma ................................................................................

**L’ASL TO4 si riserva di verificare la veridicità delle suindicate dichiarazioni ed ammonisce il dichiarante che, in caso di dichiarazioni mendaci, incorrerà nella decadenza dai benefici conseguiti .**

**I dati necessari all’ASL TO4 per la gestione del rapporto professionale oggetto della presente, da Lei direttamente conferiti o acquisiti – quando necessario – presso terzi, verranno trattati secondo quanto disposto dal Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali delle persone fisiche n.2016/679. Ai sensi degli artt. 13 e 14 del**

**Regolamento stesso, potrà inoltre prendere visione dell’informativa completa e di ogni altro approfondimento in materia consultando il sito istituzionale aziendale, alla voce “Privacy”.**