**ALL’ ASL TO4**

**Affari Istituzionali – legali – C.N.U.**

**Via Po n.11 – Chivasso**

**OGGETTO: domanda per l’inserimento nella graduatoria valida per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel Servizio di continuità Assistenziale dell’ASL TO4 per l’anno 2020**

Il/la sottoscritto/a.......................................................................nato/a il ....................................

Codice fiscale............................................ Codice Enpam ........................................................

Telef. ........................................................ email .......................................................................

email posta Certificata ………………………………………….

**CHIEDE**

□ di essere inserito/a nella graduatoria valida per il conferimento degli incarichi a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale dell’ASL TO4 per l’anno 2020.

□ di essere inserito/a nella graduatoria valida per il conferimento degli ”Incarichi di disponibilità a sostituzione generica” per il Distretto.....................................

**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/non essere inserito nella graduatoria regionale 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 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 con numero ....... scelte alla data ......................;

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

□ Di svolgere/ non svolgere altre attività (specificare) ...............................................................

....................................................................................................................................................

DATA ............................... In fede .......................................................

**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 .**

****