**(Marca da bollo € 16,00)**

Domanda di partecipazione all’Avviso pubblico per la formazione di una graduatoria da utilizzarsi per conferimenti incarichi a tempo determinato per attività di medico di medicina generale in pre-pronto soccorso presso le sedi DEA dei P.O. di Chivasso, Ciriè e Ivrea, ai sensi della D.G.R. n. 60-8114 del 14/12/2018.

Il sottoscritto dott. (Cognome) ……………………………… …Nome ……………………………..

Nato a ……………………………………………… prov. ………… il ……………………………..

Codice fiscale ……………………………………………….

Residente a ………………………………………………………………………………………….

CAP ………………….. telefono ………………………….……………………………………….

e-mail………………………………………PEC (obbligatoria) ……………………………………...

**DICHIARA**

di essere disponibile all’inserimento nella graduatoria di cui all’oggetto e,

sotto la propria responsabilità, essendo consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e per dichiarazioni mendaci, dichiara altresì:

* di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data ………….. voto di laurea ……………..;
* di aver conseguito l’abilitazione all’esercizio professionale in data ……………….;
* di essere iscritto all’Ordine dei Medici Chirurghi di …………………………. dal ………………………… al n…………………..;
* di essere inserito nella graduatoria regionale di Medicina Generale con punti…………….;
* di essere in possesso dell’attestato di formazione specifica in Medicina Generale conseguito in data ………………….;
* di essere medico di Assistenza Primaria presso l’A.S.L ……………………….. dal………… con n. di scelte …………. in data ……………………………;
* di essere medico di Continuità Assistenziale con incarico a tempo indeterminato presso l’ASL ………………………. dal…………………….., con n. …………. ore di incarico in data ………………………………..;
* di essere medico di Continuità Assistenziale con incarico a tempo determinato presso l’ASL ………………………. dal…………………….., con n. …………. ore di incarico in data ………………………………..;
* di svolgere le altre seguenti attività ………………………………………………………….
1. …………………………………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………………………………

Data…………………………. Firma ……………………………………….

**NOTE:**

1. **L’indirizzo di Posta Certificata (PEC) sarà utilizzato dall’ASL TO4 per ogni comunicazione ufficiale;**
2. **La domanda deve essere debitamente compilata, in stampatello e in modo leggibile, e spedita all’indirizzo di posta certificata indicata allegando copia di un documento di identità in corso di validità;**
3. **L’A.S.L. TO4 si riserva di verificare la veridicità delle suindicate dichiarazioni ed ammonisce il dichiarante che, in caso di dichiarazioni mendaci, incorrerà nelle sanzioni previste dalla legge e nella decadenza dai benefici conseguiti in base alle stesse.**
4. **Informativa ai sensi dell'art.13 del RGPD 2016/679 e del  D.Lgs.196/03 e s.m.i.: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. Per ulteriori informazioni è possibile consultare l'informativa estesa pubblicata sul sito internet aziendale"**