



Azienda USL di PARMA

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE - Risorse Umane

SSD - Personale Convenzionato

PEC: ausldiparma@pec.ausl.pr.it

Strada del Quartiere 2 - 43125 Parma (PR)

Comunicazione disponibilità ad incarichi a tempo determinato di medico emergenza sanitaria territoriale convenzionato con il SSN.

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____

il _____ residente a _____

prov _____ Via _____ n. _____ CAP _____

Codice Fiscale _____

tel. _____ cell _____

e-mail (*indicare in modo chiaro e corretto, provvedendo ad evidenziare caratteri minuscoli e maiuscoli, punti tratti si separazione, chiocciola, ecc.*) _____

COMUNICA

di essere disponibile al conferimento di incarichi a tempo determinato in qualità di Medico di Emergenza Sanitaria Territoriale – con rapporto di lavoro convenzionato con il SSN ai sensi dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale 23 marzo 2005 e. s.m.i.

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio)

DICHIARA

di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____/____;

di avere conseguito l'abilitazione alla professione medica il _____

di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal ____/____/____;

di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale (art. 92, comma 4 dell'A.C.N.) conseguito presso _____
_____ in data _____;

DICHIARA INOLTRE

di trovarsi nelle condizioni di seguito contrassegnate: (*barrare le caselle che interessano*)

di essere inserito nella/e graduatoria/e della medicina generale della Regione Emilia-Romagna valida per l'anno 2020 con il seguente punteggio:

assistenza primaria: punti _____

continuità assistenziale: punti _____

medicina dei servizi: punti _____

emergenza sanitaria territoriale: punti _____

di non essere inserito nella/e graduatoria/e di medicina generale della Regione Emilia-Romagna valida per l'anno 2020 e di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito il _____ a _____;

iscritto a corso di formazione specifica in medicina generale (*specificare sede del corso*)

CON borsa di studio

SENZA borsa di studio

iscritto a scuola di specializzazione (*specificare scuola e sede* _____)

CON contratto di formazione specialistica

SENZA contratto di formazione specialistica

Il sottoscritto dichiara inoltre:

di essere di non essere titolare di incarico o rapporto convenzionale (*in caso affermativo specificare il tipo di attività* _____ dal _____)

di avere di non avere altri rapporti con il Servizio sanitario nazionale od altri Enti (*in caso affermativo specificare il tipo di attività* _____ dal _____)

Secondo quanto previsto dalla legge 2/2009 il professionista medico iscritto all'ordine ha l'obbligo di attivare un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) per facilitare le comunicazioni con la pubblica amministrazione. In adempimento della normativa summenzionata il sottoscritto comunica che il proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) è il seguente:

_____ (si chiede di scrivere l'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) in caratteri ben leggibili).

Con la firma del presente modulo il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'Azienda USL di Parma utilizzerà l'indirizzo di posta elettronica certificata da me indicato per tutte le comunicazioni istituzionali e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali cambiamenti di indirizzo PEC.

Allegare copia documento identità*

data _____ firma _____ (*)

(*) La sottoscrizione non e' soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione **ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore. La mancanza di documento d'identità comporta la NULLITA' della domanda.**

N.B. La presente domanda deve essere integralmente compilata, a pena di esclusione dall'elenco dei disponibili. Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali richiesti la informiamo che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità per i quali sono stati acquisiti.