



**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.**