

Domanda di inserimento nelle graduatorie presso l'Azienda USL di Parma per il conferimento di incarichi a tempo determinato nei settori della medicina generale – ANNO 2017 -

Marca da
bollo
16,00

Azienda USL di PARMA

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE - Risorse Umane

Struttura Semplice Dipartimentale

- Personale Convenzionato

Strada del Quartiere 2 - 43125 Parma (PR)

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.*) _____

CHIEDE

di essere inserito nelle graduatorie dei medici disponibili per incarichi a tempo determinato (provvisori e di sostituzione di codesta Azienda USL nel/i settore/i della medicina generale come di seguito indicato:

assistenza primaria

continuità assistenziale con ordine di preferenza per i seguenti Distretti come di seguito indicato:

1) Distretto di.....

2) Distretto di.....

3) Distretto di.....

4) Distretto di.....

*Gli ambiti territoriali per l'AUSL di Parma sono i seguenti: Distretto di **Parma**, Distretto di **Fidenza**, Distretto di **Valli Taro e Ceno** e Distretto **Sud-Est**)*

medicina dei servizi

medicina dei servizi-penitenziari

emergenza sanitaria territoriale (*per questo settore è necessario il possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale*)

Barrare almeno una casella di quelle indicate pena la nullità della domanda.

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 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 2017 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 2017 e di trovarsi in una delle seguenti condizioni:
- in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito il _____ a _____;
- abilitato all'esercizio professionale dopo il 31.12.1994;
- 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

di aver svolto attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari (SIAS) nei seguenti periodi (GIORNO / MESE / ANNO) :

dal ___/___/___ al ___/___/___ c/o Istituto penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ c/o Istituto penitenziario _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ c/o Istituto penitenziario _____

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* _____)

di avere presentato analoga domanda alle seguenti Aziende USL: _____

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al sottoscritto con le seguenti modalità:

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) : _____

indirizzo posta elettronica ordinaria : _____

indirizzo di residenza e/o domicilio: _____

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 dalla graduatoria.

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.