

MODULO comunicazione disponibilità al conferimento di incarichi di continuità assistenziale presso le Unità Speciali di Continuità Assistenziale AUSL di Parma

Azienda USL di PARMA

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE - Risorse Umane

SSD - Personale Convenzionato

PEC: ausldiparma@pec.ausl.pr.it

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____

il _____ residente a _____

prov _____ Via _____ n. _____ CAP _____

Codice Fiscale _____

Partita IVA _____

tel. _____ cell _____

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

DICHIARA

di essere disponibile al conferimento di un incarico di continuità assistenziale presso le Unità Speciali di Continuità Assistenziale dell'Azienda USL di Parma

*Gli ambiti territoriali per l'AUSL di Parma in cui sono collocate le U.S.C.A. sono le seguenti: Distretto di **Parma**, Distretto di **Fidenza**, Distretto di **Valli Taro e Ceno** e Distretto **Sud-Est**)*

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

DICHIARA INOLTRE

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

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

CON borsa di studio

SENZA borsa di studio

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

CON contratto di formazione specialistica

SENZA contratto di formazione specialistica

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.

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE INVIATO ALL'AZIENDA USL DI PARMA ESCLUSIVAMENTE MEDIANTE POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) AL SEGUENTE INDIRIZZO: ausldiparma@pec.ausl.pr.it

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.

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.