

MARCA DA BOLLO
€ 16,00

UOC Governo delle Liste di Attesa Medicina
Convenzionata Alpi
Via Borgo Garibaldi 12
00041 Albano Laziale

Il/sottoscritto/Dr. _____

Nato/a a _____ (_____) il _____

Cittadinanza _____ codice fiscale _____

Residente a _____ (_____) _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Recapiti telefonici _____

Indirizzo di posta elettronica non pec (obbligatorio) _____

Pec _____

Domicilio di recapito, se diverso dalla residenza _____

CHIEDE

Ai sensi del bando pubblicato sul sito web-aziendale di essere incluso nella Graduatoria annuale 2021 valida per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel Servizio di CONTINUITA' ASSISTENZIALE della ASL ROMA 6.

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 (artt. 483-489-495-496 del Codice Penale, nonché leggi speciali in materia),

DICHIARA

(dichiarazione rilasciata ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

1. Di essersi laureato in data _____ presso l'Università di _____ con votazione _____ età conseguimento laurea **anni** _____ **mesi** _____ ;
2. Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ ;
3. Di essere/non essere* in possesso dell'Attestato di Medicina Generale di cui al D.Lgs. 256/91 conseguito in data _____ presso _____ ;
4. Di essere /non essere* iscritto nella Graduatoria Regionale di Settore Vigente con n. _____ ;
5. Di frequentare/non frequentare* Corso di Formazione in Medicina Generale di cui al D.Lgs. 256/91 o Corso di Specializzazione di cui al D.Lgs. 257/91:
Denominazione del corso _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio dal _____ ;
6. Di essere/non essere* incaricato presso l' ASL _____ quale medico addetto al Servizio di _____ con incarico a tempo determinato con scadenza il _____ o a tempo indeterminato dal _____ ;

7. Di essere/non essere* titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato* come specialista ambulatoriale convenzionato interno presso l'Azienda _____ branca _____ ore sett.li _____ ;
8. essere/non essere* titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a rapporto esclusivo/non esclusivo*, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati;
 Soggetto _____
 Via _____ comune di _____ Prov. (_____) _____
 Tipo di attività _____ ore sett.li _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____ dal _____ ;
9. Di svolgere/non svolgere* altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:
 Soggetto _____
 Via _____ comune di _____ Prov. (_____) _____
 Tipo di attività _____ ore sett.li _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____ dal _____ ;
10. Avere/non avere* qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche _____ ;
11. Di non incorrere in nessuna delle incompatibilità previste dall' art. 17 dell' A.C.N. 29.07.2009 e s.m.i., ovvero di trovarsi nella seguente situazione _____ ;
12. Di essere/non essere* disponibile ad accettare, su richiesta dell'Azienda sostituzioni brevi;

barrare la dizione che NON interessa

Si impegna a comunicare all'Azienda ASL Roma 6 ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate anche con riferimento alle eventuali situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. che ai dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Dichiara inoltre di essere consapevole – e di dare il proprio consenso – che la graduatoria, nonché i nominativi degli esclusi, verranno pubblicati sul sito aziendale.

Dichiara di aver preso visione e di accettare che l'Azienda contatterà il candidato agli indirizzi e recapiti dichiarati nella presente domanda.

Al fine di rendere valida ogni dichiarazione resa sopra, **allego alla presente fotocopia di un valido documento di identità.**

Luogo e data

Firma
