

Prot. 4750 del 30/03/2020

DOMANDA PER IL PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO PER L'UNITA' SPECIALE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE PER L'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID 19 (ART. 8 D.L. 9/3/2020 N. 14)

Raccomandata a.r.

Asl Roma 6
Gestione e Supporto Amministrativo
Medici a Convenzione
Recup Alpi e GLA
Borgo Garibalidi 12
00041 Albano Laziale (RM)

Pec:servizio.protocollo@pec.aslroma6.it
Oggetto: USCA 2020

Il sottoscritto Dott..... nato a..... Prov
..... il Codice Fiscale Residente a
..... Via n..... CAP. Tel.....
.....email:..... Pec
(obbligatoria):.....,

VISTO L'AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO PER L'UNITA' SPECIALE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE PER L'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID 19, ISTITUITE, ai sensi dell'art. 8 del decreto legge n. 14 del 9 marzo 2020 "*Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19*", e dalla nota prot. 0007865-25/03/2020-DGPROGS-MDS-P, emanata dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, rubricata "*Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19*"

chiede l'inserimento nella graduatoria aziendale.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti (art. 76 D.P.R. 445/00), il sottoscritto dichiara:

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di..... in data, anni....., mesi.....,con valutazione finale di.....;

di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di..... dal.....;

- di essere Medico di Continuità Assistenziale a tempo indeterminato presso l'ASL

- di essere Medico di Continuità Assistenziale a tempo determinato presso l'ASL

- di essere Medico Continuità Assistenziale sostituto presso l'ASL

-di essere/non essere iscritto nella graduatoria della Regione Lazio per l'anno.....con punti

di essere/non essere in possesso del Diploma di formazione specifica in Medicina Generale o titolo equipollente;

di essere/non essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L. n.256/1991 presso la Regione.....dal..... anno di frequenza

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

La sottoscrizione della presente domanda non è soggetta ad autentica qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un valido documento di identità ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

Si allega alla presente domanda: Copia fotostatica di valido documento di identità.

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione dell'ASL Roma 6 ed Enti o Aziende collegate per finalità inerenti al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente domanda, inoltre, si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento del domicilio indicato.

I dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679.

Luogo e data

FIRMA

