

Al Commissario Straordinario
ASP di Cosenza
Dr. Vincenzo Carlo La Regina

BOLLO € 16.00

Trasmissione via pec
protocollo@pec.asp.cosenza.it
R/R Viale Degli Alimena n. 8 – 87100 Cosenza

Oggetto: Domanda di partecipazione per la Predisposizione di Graduatoria Aziendale di Medici di Medicina Generale disponibili ad eventuale conferimento incarico provvisorio, a tempo determinato o di sostituzione nella Medicina Generale nel Comune di Montalto Uffugo e nel Comune di Rende

Il/La sottoscritt_ Dott. _____

Codice fiscale: _____ nato a _____ Prov _____

Il ____/____/____ residente a _____ Prov _____ in _____

_____ email: _____ Pec: _____

- Iscritto nelle Graduatoria Definitiva della Medicina Generale valida per l'anno 2021, pubblicata sul BURC n. 1 del 03.01.2022, PARTE TERZA, il Decreto DG n. 12921 del 15.12.2021 ad oggetto pubblicazione graduatoria provvisoria Medici di Medicina Generale valevoli per l'anno 2021;
- non Iscritto nelle Graduatoria Definitiva della Medicina Generale valida per l'anno 2021, pubblicata sul BURC n. 1 del 03.01.2022, PARTE TERZA, il Decreto DG n. 12921 del 15.12.2021 ad oggetto pubblicazione graduatoria provvisoria Medici di Medicina Generale valevoli per l'anno 2021;

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria di disponibilità in qualità di Medico nella Medicina Generale, per il conferimento di incarichi di sostituzione, provvisori o a tempo determinato nell' Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza- Distretto Sanitario Valle Crati

Allega alla presente :

1. autocertificazione

(data)

(firma)

Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritt_ Dott. _____ nat_ a _____ prov. _____ il ___/___/_____, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

1. di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ in data ___/___/_____- voto di laurea: _____;
2. di aver conseguito l'abilitazione all'Esercizio Professionale in data ___/___/_____;
3. di essere iscritt_ all' Ordine dei medici di _____ dal ___/___/_____ al n. _____;
4. di essere in possesso dell'Attestato di Formazione specifica in Medicina Generale o titolo equipollente conseguito in data ___/___/_____;
5. di essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale presso _____ (specificare anno di frequenza);
6. di essere iscritto al Corso di specializzazione in _____ presso _____;
7. di avere in corso il seguente rapporto di lavoro (indicare ente, tipologia rapporto, decorrenza, impegno orario, sede): _____
8. di avere/non avere condanne o procedimenti penali in corso _____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene resa la dichiarazione.

(data)

(firma)

Al sensi del regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 autorizzo l'ASP di Cosenza a sottoporre a trattamento i dati riguardano in quanto necessari ai fini dell'espletamento delle attività connesse al procedimento di conferimento incarichi provvisori per la MMG, nonché per i connessi obblighi di legge.

N.B.: Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, qualora dal controllo di cui all'art. 71 del medesimo decreto emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.