

ASL N.1 Imperiese
 S.C. Governo Clinico e Monitoraggio Attività Assistenziali
 Via Aurelia n. 97
 18038 BUSSANA DI SANREMO (IM)

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' PER CONFERIMENTO NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE AI SENSI DELL'ART. 70 E DELLA NORMA TRANSITORIA 4 DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE ESECUTIVO DAL 29.07.2009.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ prov _____ il _____

residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ cap _____

telefono n. _____ con domicilio a _____ prov. _____ via _____

al n. _____ cap _____ all'indirizzo di posta elettronica _____ o Pec _____

e C.F. _____ **CHIEDE**

di essere inserito /_/_ nella graduatoria aziendale di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato (sostituzioni e incarichi provvisori) di 24 ore settimanali, nel Servizio di Continuità Assistenziale.

AL TAL FINE DICHIARA :

1) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____ e abilitato

all'esercizio professionale il _____ a _____

2) di essere attualmente iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____

al n. _____ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico.

3) essere/non essere inserito/a al n. _____ con punti _____ nella graduatoria regionale definitiva

4) essere/non essere iscritto/a al corso di formazione specifica in medicina generale

nel caso di iscrizione puntualizzare il relativo anno di frequenza:

0 primo anno 0 secondo anno 0 terzo anno

5) essere/non essere iscritto/a al corso di specializzazione in _____

nel caso di iscrizione puntualizzare il relativo anno di frequenza:

0 primo anno 0 secondo anno 0 terzo anno 0 quarto anno

6) essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale.

7) detenere/non detenere alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato in caso affermativo specificare il tipo di rapporto e le ore settimanali svolte.

8) di essere/non essere disponibile a svolgere l'attività anche c/o le Case Circondariali insite nel territorio dell'Asl 1 Imperiese.

9) non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'ACN 29 luglio 2009 e dall'accordo integrativo regionale.

Si allega alla presente fotocopia del documento di identità ed atto notorio

Si allega alla presente fotocopia del documento di identità ed atto notorio

Si allega alla presente fotocopia del documento di identità ed atto notorio

Data _____

Firma _____

Pag.3di 4

S. C. Sviluppo Risorse Umane

AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 1 IMPERIESE
Via Aurelia, 97
18038 BUSSANA DI SANREMO (IM)

**DICHIARAZIONE DEFINITIVAMENTE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ART. 46 E 47 DPR 445/2000)**

Io sottoscritto/a _____

nato/a in _____ il _____

con residenza nel comune di _____

Via _____ n. _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76' del DPR 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e sotto la mia personale responsabilità,

DICHIARO IN LUOGO DELLE RELATIVE CERTIFICAZIONI:

Io sottoscritto/a autorizza, ai sensi degli articoli 10 e 11 Legge 875/96, l'Amministrazione dell'Azienda USL al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza, per finalità inerenti alla gestione del rapporto di lavoro.

Letto, confermato e sottoscritto

Data, _____

IL/LA DICHIARANTE
(firma per esteso e leggibile)

Allegare copia di un documento in corso di validità