

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

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