

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 _____

il _____ residente a _____ prov. _____ via _____

al n. _____ cap _____ e domiciliato/a a _____ prov. _____ via _____

al n. _____ cap _____ telefono n. _____ all'indirizzo di posta elet

tronica _____ o Pec _____ C.F. _____

CHIEDE

di essere inserit__ / di integrare nella nuova 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 Universi

tà 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. _____ e 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) 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 _____