

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO NELL'AMBITO DEL SERVIZIO AZIENDALE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (ex Guardia Medica)

(art. 49, comma 17, D.P.R. n. 270/00 e circolare regionale prot. n. 1419/29.3 del 25.01.2001)

(la domanda deve essere presentata in bollo)

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Locale n.....
.....

Il sottoscritto dott. nato il
residente a Prov. dal telef.
via n.

chiede

di concorrere al conferimento dell'incarico di Titolarità nel Servizio di Continuità Assistenziale presso codesta Azienda Sanitaria Locale, sulla base delle ore settimanali vacanti (pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n.del)

A tal fine dichiara:

- di essere titolare di incarico nella Continuità Assistenziale a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria Locale n. di dal

- di essere titolare di incarico di Continuità Assistenziale a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria Locale n. di Regione..... dal.....

- di essere incluso nella Graduatoria Unica Regionale vigente per la Medicina Generale valida per l'anno al n.con punti

- di aver/non aver (1) presentato domanda in altre Aziende Sanitarie Locali per il conferimento d'incarico nella Continuità Assistenziale.

In caso affermativo: ASL

ASL

ASL ecc. ecc. ecc.

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data

- di aver conseguito l'abilitazione all'Esercizio Professionale in data.....

- dichiara di avere/non avere (1) la residenza in un comune appartenente a codesta Azienda Sanitaria Locale fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella Graduatoria Regionale e che tale requisito permane fino all'attribuzione dell'incarico

- dichiara di avere/non avere (1) la residenza nell'ambito della Regione Piemonte fin da due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella Graduatoria Regionale e che tale requisito permane fino all'attribuzione dell'incarico

- dichiara di essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale / Titolo equipollente (1), come previsto dai DD.LL.vi n.256/91 e n. 368/99.

- ai sensi e per gli effetti degli artt. 4 e 49 comma 4, D.P.R. n. 270/00, dichiara di svolgere/non svolgere (1) altre attività alla data odierna

A) in qualità di medico dipendente presso..... tipo di lavoro: di ruolo/precario(1)

B) con rapporto libero professionale presso.....per numero ore settimanali..... con qualifica.....

C) altre attività (2)

Il sottoscritto si impegna a far cessare l'attività sopra dichiarata qualora l'attività stessa costituisca incompatibilità ai sensi dell'art.4, DPR 270/2000 e inoltre dichiara fin d'ora, ai fini dell'espletamento dell'attività professionale conseguente all'assegnazione di eventuale incarico, di essere ad integrale conoscenza e di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall' A.C.N. ex D.P.R. n. 270/00 e dichiara formalmente sotto la propria personale responsabilità che quanto è riportato nella presente domanda risponde a verità.

In fede

Data.....

.....
(firma per esteso)

(1) Cancellare la parte che non interessa.

(2) Specialista ambulatoriale convenzionato interno - Specialista accr.esterno- Medico addetto alla ex Medicina dei Servizi (**All N**, D.P.R. n. 270/00) - Medico addetto alle Attività Territoriali Programmate di cui all'art. 60 e segg. D.P.R. n. 270/00 - Medico addetto all'Emergenza Sanitaria Territoriale (118) presso A.S.L. n.....per n. ore settimanali.....

Medico operante in Case di Cura, Istituzioni e/o Stabilimenti convenzionati /accreditati ecc.(specificare impegno orario settimanale), Medico di Assistenza Primaria e/o Pediatra di libera scelta, convenzionati con A.S.L.n..... di.....scelte n..... ecc. ecc. ecc. (così come specificate nell'art. 4, D.P.R. n.270/00).