

AZIENDE SANITARIE LOCALI	ORE SETTIMANALI VACANTI
Servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)	
1 - Torino	6 9 4
5 - Collegno	8 1 8
6 - Cirie'	3 5 6
7 - Chivasso	5 2 2
8 - Chieri	4 2 4
9 - Ivrea	7 3 4
10 - Pinerolo	5 8 4
11 - Vercelli	5 6 6
12 - Biella	6 1 2
13 - Novara	8 1 6
14 - Omegna	6 3 6
15 - Cuneo	4 4 4
16 - Mondovi'	4 0 8
17 - Savigliano	5 4 6
18 - Alba	4 0 4
19 - Asti	5 6 2
20 - Alessandria	4 0 8
21 - Casale Monferrato	2 7 2
22 - Novi Ligure	1 0 8

SCHEMA INFORMALE ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO A T.I. NELL'AMBITO DEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (ex Guardia Medica)

(Norma Transitoria n. 2 dell'A.C.N., 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.
ai sensi e per gli effetti del comma 1 della Norma Transitoria n. 2 dell'A.C.N., sancito con l'Intesa del 23.3.2005,

Chiede

di concorrere al conferimento dell'incarico di Titolarità nel Servizio di Continuità Assistenziale presso codesta Azienda Sanitaria Locale, sulla base delle ore 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 per la Medicina Generale valida per l'anno(ex art.2, D.P.R. n. 270/00), al n.con punti
- di avere/non avere(1) presentato domanda ad altre Aziende Sanitarie Locali per il conferimento d'incarico nella Continuità Assistenziale:
A.S.L. n.di.....
A.S.L. n.di..... ecc. ecc.;
- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data voto di Laurea.....;
- di aver conseguito l'abilitazione all'Esercizio Professionale in data.....;
- 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 Unica Regionale e che tale requisito permane fino all'attribuzione dell'incarico;
- di avere/non avere(1) la residenza nell'ambito della Regione fin da due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella Graduatoria Unica Regionale e che tale requisito permane fino all'attribuzione dell'incarico;
- 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 dell'A.C.N., dichiara di svolgere/non svolgere(1) le seguenti 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'A.C.N. e dichiara fin d'ora, ai fini dell'espletamento dell'attività professionale conseguente

te all'assegnazione di eventuale incarico, di essere ad integrale conoscenza e di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'A.C.N. 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 acc. Esterno - Medico addetto alla ex Medicina dei Servizi (All. N - Medico addetto alle Attività Territoriali Programmate- 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, convenzionato con A.S.L. n..... di.....scelte n.....ecc. ecc. ecc..