

**SCHEMA INFORMALE ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA  
PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO A T.I.  
NELL'AMBITO DEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (118)**  
(Rif. art. 92 del vigente A.C.N., "Protocollo Integrativo d'Intesa" del 12.6.2002,  
DGR n.41-9367/08 e Circ. Reg., prot. n. 34241/D.A.20.06 del 22.10.2008)  
(la domanda deve essere presentata in bollo)

Al Direttore Generale  
dell'A.S.R. ....

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

Chiede

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 92 del vigente A.C.N., sancito con l'Intesa del 29.7.2009,  
di concorrere al conferimento dell'incarico per il Servizio nell'Emergenza Sanitaria Territoriale (118) presso codesta  
A.S.R., sulla base delle ore vacanti, pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. .... del  
.....

A tal fine dichiara(1):

- 1)- di essere inserito nella Graduatoria Unica Regionale Definitiva – Area E.S.T. 118 - valida per l'anno .....  
(ex A.C.N. 2005), al n. .... con punti .....
- 2)- di essere titolare di incarico di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) a tempo indeterminato presso l'A.S.R. ....  
di ..... dal.....;
- 3)- di essere titolare di incarico di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) a T.I. presso l'A.S.L./A.O. ....di  
..... Regione ..... dal .....
- 4)- di essere in possesso dell'Attestato di idoneità ex art. 66, D.P.R. n. 270/00 e art. 96 del vigente A.C.N., di cui si al-  
lega copia;
- 5)- di essere titolare di incarico a T.D. nell'Emergenza Sanitaria Territoriale per la durata di .....
- 6)- di essere titolare di incarico nella Continuità Assistenziale a tempo indeterminato presso l'A.S.L. .... di  
....., dal ....., per n ..... ore settimanali;
- 7)- di indicare le eventuali altre AA.SS.RR. presso le quali ha presentato analoga domanda:  
A.S.R. .... di ..... ecc. ecc., ecc.;
- 8)- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data ..... voto di Laurea .....
- 9)- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data .....
- 10)- di avere/non avere(2) la residenza nell'ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblica-  
zione dell'incarico vacante;
- 12)- di essere in possesso dell'Attestato di formazione specifica in medicina generale/titolo equipollente(2), come previ-  
sto dai DD.LL. vi n. 256/91, n. 368/99 e n. 277/03.

**Il sottoscritto si impegna a far cessare l'attività sopra dichiarata, qualora l'attività stessa costituisca incompatibilità ai fini dell'espletamento dell'attività professionale, conseguente all'assegnazione di eventuale incarico e dichiara fin d'ora di essere ad integrale conoscenza e di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dal vigente A.C.N.. Dichiara infine formalmente sotto la propria personale responsabilità che quanto è riportato nella presente domanda risponde a verità.**

In fede

Data .....  
.....  
(firma per esteso)

- (1) elencare solo i punti che interessano, in conformità al vigente A.C.N..
- (2) cancellare le voci che non interessano.