

**SCHEMA INFORMALE ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA
PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO A T.I. NELL'AMBITO
DEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (ex Guardia Medica)**
(Rif. art. 63 del vigente A.C.N. 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

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

ai sensi e per gli effetti dell'art. 63 del vigente A.C.N., sancito con l'Intesa del 29.7.2009,

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 (1):

- di essere titolare di incarico nella Continuità Assistenziale a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria Locale di dal
- di essere titolare di incarico di Continuità Assistenziale a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria Locale di Regione..... dal.....;
- di essere incluso nella Graduatoria Unica Regionale Definitiva per la Medicina Generale – Area Continuita' Assistenziale - valida per l'anno (ex A.C.N. 2005), al n.con punti
- di avere/non avere(2) 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(2) la residenza nell'ambito dell'Azienda nella quale e' vacante l'incarico per il quale concorrono 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;
- di avere/non avere(2) 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 Regionale di settore e che tale requisito permane fino all'attribuzione dell'incarico;
- di essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale/Titolo equipollente(2), come previsto dai DD.LL.vi n. 256/91, n.368/99 e n. 277/03.

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(2)

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

C) altre attività(3)

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 conformita' al vigente A.C.N.

(2) Cancellare la parte che non interessa.

(3) Specialista Ambulatoriale convenzionato interno/Specialista acc. Esterno - Medico addetto alla Medicina dei Servizi Territoriali - 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 I.s., con scelte n.....ecc. ecc. ecc., in conformita' al dettato di cui al vigente A.C.N..