Azienda sanitaria locale 'TO5'

Avviso pubblico per la formulazione graduatoria da utilizzare per conferimento incarichi per attività di Medico di Medicina generale presso le sedi delle RSA/RAF del territorio dell'ASLTO5.

E' indetto avviso pubblico per la formulazione di una graduatoria da utilizzare per il conferimento di incarichi per attività di medico di medicina generale presso le sedi delle RSA/RAF del territorio dell'ASLTO5.

Possono presentare istanza per la partecipazione di cui si tratta i medici convenzionati operanti nell'ASLTO5 e nelle Aziende Sanitarie limitrofe (l'ASLTO1, l'ASLTO2, l'ASLTO3, l'ASLTO4, l'ASLCN1, l'ASLCN2 e l'ASLAT). La graduatoria sarà formulata ai sensi dell'art. 8 della D.G.R. n. 46-27840 del 19/7/1999 ed avrà validità annuale.

Gli interessati sono tenuti a presentare domanda di partecipazione all'avviso, redatta in carta semplice secondo lo schema esemplificativo allegato, all' A.S.LTO5 S.C. Amm.ne del Personale – Ufficio Personale Convenzionato - Via Real Collegio, 20 – 10024 Moncalieri (TO) tramite fax 011/0589809 oppure via e-mail a persconvenzionato@aslto5.piemonte.it entro e non oltre il trentesimo giorno dalla data della pubblicazione del presente avviso sul B.U.R.P..

Eventuali domande pervenute fuori dal predetto termine non saranno in alcun modo prese in considerazione e, conseguentemente, per le domande recapitate a mezzo posta non rileverà il timbro postale di partenza.

Per ogni eventuale informazione, gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Amm.ne del Personale dell'A.S.L.TO5, tel. 011/6930.319 -320.

Il Direttore Generale
Maurizio Dore

Allegato

**Domanda di partecipazione alla formazione della graduatoria per l'inserimento di Medici di
Medicina Generale nelle strutture R.S.A. – R.A.F. dell'A.S.L. TO 5**

ASLTO5
S.C. Amm.ne del Personale
Ufficio Personale Convenzionato
Via Real Collegio 20
10024 MONCALIERI (TO)

Il sottoscritto dott. (Cognome) ..... Nome .....

Nato a ..... prov. ....il .....

Codice fiscale..... **M** **F**

Residente a ..... prov. .... Via/Pzza..... n. ....

Tel. Fisso ..... cell. .... e-mail .....

DICHIARA DI ESSERE

Medico di Assistenza Primaria operante nell' A.S.L. di .....con massimale
individuale di n. .... assistiti e n. .... alla data ..... scelte e con la seguente anzianità di servizio:

- dal .....al.....presso.....

- dal .....al.....presso.....

- dal .....al.....presso.....

Medico di Continuità Assistenziale / Medico di Emergenza Sanit. Territoriale con incarico a tempo indeterminato
per n. ....ore sett.li e con la seguente anzianità di servizio:

- dal .....al.....presso.....

- dal .....al.....presso.....

- dal .....al.....presso.....

Medico di Medicina dei Servizi con incarico a tempo indeterminato di n. .... ore sett.li e con la seguente anzianità di
servizio:

- dal .....al.....presso.....

- dal .....al.....presso.....

- dal .....al.....presso.....

In possesso delle seguenti specializzazioni:

.....

.....

FA DOMANDA

di partecipazione alla formazione della graduatoria per l'inserimento di Medici di Medicina Generale nelle strutture
R.S.A. – R.A.F. dell'A.S.L. TO 5

Data _____

Firma _____

1. L'ASL TO5 si riserva di verificare la veridicità delle suindicate dichiarazioni ed ammonisce il dichiarante che, in caso di dichiarazioni mendaci, incorrerà nelle sanzioni previste dalla legge e nella decadenza dai benefici conseguiti in base alle stesse. Informativa ai sensi del D.Lgs 196/03: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.
2. Documenti da allegare alla domanda: fotocopia Carta D'Identità.