

AL DIRETTORE GENERALE
A.S.L. V.C.O.
Via Mazzini 117
28887 OMEGNA VB

il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____, con riferimento all'Avviso Pubblico apparso sul B.U.R. Piemonte n. _____ del _____ rivolge domanda di ammissione ai fini dell'inserimento nella relativa graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di incarichi a tempo determinato per:

attività collegate alla Medicina di Gruppo e/o Pediatria di Gruppo dell'ASL VCO

sostituzione e reperibilità nel Servizio di Continuità Assistenziale, ai sensi dell'art. 70 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale del 29/07/2009 e s.m.i.

incarichi provvisori nel Servizio di Assistenza Primaria ai sensi dell'art. 38 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale del 29/07/2009 e s.m.i.

assistenza sanitaria in località a forte afflusso turistico a favore di cittadini non residenti (Guardia medica turistica)

attività di assistenza sanitaria penitenziaria

assistenza agli ospiti convenzionati presso le Residenze Sanitarie Assistenziali locali nel caso di esaurimento della graduatoria dei medici di assistenza primaria

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445: (nei casi negativi barrare azzerando nello spazio dedicato per la risposta)

- 1) di essere nato/a a _____ il _____;
- 2) di essere residente a _____ in via _____ n. _____;
- 3) di essere iscritto/a nella graduatoria regionale definitiva medici di continuità assistenziale valida per l'anno in corso alla posizione n. _____ con punti _____;

- 4) di aver conseguito in data _____ la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di _____ riportando il seguente voto _____;
- 5) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo il _____;
- 6) di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Medici di _____ dal _____ al n. _____;
- 7) di aver conseguito, in data _____ l'attestato di formazione in medicina generale presso _____ l'Università degli Studi di _____;
- 8) di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale al _____ anno della scuola di specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- 9) di essere iscritto/a al _____ anno della scuola di specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- 10) di essere/non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente o convenzionato con _____ dal _____;
- 11) di prestare servizio presso:

_____;
- 12) di essere titolare di incarico di assistenza primaria con massimale di n. _____ scelte in carico con riferimento al mese di Dicembre 2021 e di non svolgere altre attività che comportino riduzione del massimale;
- 13) di essere titolare di incarico di continuità assistenziale o di medicina dei servizi o di emergenza sanitaria territoriale senza altri rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale per n. _____ ore settimanali;
- 14) di essere titolare di incarico di assistenza primaria o di continuità assistenziale o di medicina dei servizi o di emergenza sanitaria territoriale dal _____ (indicare giorno, mese ed anno);
- 15) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni (escluse quelle in ambito pediatrico):

_____;

- 16) di non trovarsi nella posizione di incompatibilità di cui all'art. 17 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale;
- 17) di indicare come recapito telefonico il n. _____ e di voler ricevere le comunicazioni al seguente indirizzo:
Comune _____ via/piazza _____
n. _____ email _____;

Distinti saluti.

_____, lì _____

Firma _____