

SCHEMA INFORMALE ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA

Al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Cn2

Via Vida, 10 - 12051 Alba

Il/La sottoscritt Dott. ....chiede di poter partecipare all'avviso pubblicato sul sito aziendale con deliberazione n. 735 del 01/12/2022 per la formazione di apposita graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarichi annuali, in qualità di medico di medicina generale, da espletarsi presso il DEA dell'Asl CN2.

- a) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ invia \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- b) di essere residente in Regione Piemonte dal \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- c) tel. \_\_\_\_\_
- d) indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_;
- e) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito in data \_\_\_\_\_ con voto di laurea \_\_\_\_\_;
- f) di avere acquisito l'abilitazione professionale in data \_\_\_\_\_;
- g) di essere iscritto all' Albo dell' Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_
- h) di frequentare/non frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale della Regione \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_;
- i) di avere/non avere acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale in data \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_;
- j) di essere/non essere iscritto nella graduatoria regionale valida per l'anno \_\_\_\_\_ con posizione \_\_\_\_\_ e punteggio \_\_\_\_\_;
- k) di frequentare/non frequentare un corso di specializzazione in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_;
- l) avere/non avere conseguito titolo di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale del 118 rilasciato a seguito del relativo corso;
- m) di prestare/aver prestato servizio come medico nell'Assistenza Primaria presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_ con n. \_\_\_\_\_ di scelte alla data \_\_\_\_\_;

n) di prestare/aver prestato servizio come medico di continuità assistenziale con incarico a tempo determinato/indeterminato presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_ n. ore di attività \_\_\_\_\_;

o) di prestare/ aver prestato servizio come medico di emergenza sanitaria territoriale con incarico a tempo determinato/indeterminato presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_ n. di ore di attività \_\_\_\_\_;

p) di svolgere/aver svolto attività presso DEA/PS presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

q) di appartenere ad una delle seguenti categorie:

A) medici di medicina generale, in possesso del titolo di formazione o titolo equipollente, già inseriti nella graduatoria regionale vigente della medicina generale, che non intrattengono altra forma di convenzione con il SSN;

B) medici di medicina generale, in possesso del titolo di formazione o titolo equipollente, non inseriti nella graduatoria regionale vigente della medicina generale, che non intrattengono altra forma di convenzione con il SSN;

C) medici di medicina generale che esercitano attività convenzionata con il SSN

-solo attività di Assistenza Primaria sino a 1200 scelte

-solo attività di C.A. fino a 24 ore settimanali

-solo attività di assistenza primaria sino a 350 scelte e attività di CA fino a 24 ore settimanali

D) medici di medicina generale che esercitano attività convenzionata con il SSN

-solo attività di Assistenza Primaria oltre le 1200 scelte

-solo attività di C.A. fino a 38 ore settimanali

-solo attività di Emergenza Sanitaria Territoriale fino a 38 ore settimanali

E) medici laureati in medicina e chirurgia, in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione e del titolo d'idoneità all'esercizio delle attività di emergenza Sanitaria Territoriale 118 rilasciato a seguito del relativo corso

F) medici laureati in medicina e chirurgia , in possesso dei requisiti di cui all'art. 2 dell'ACN 21/06/18 comma 6 lettera d

G) medici che frequentano i corsi di specializzazione

che l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) obbligatoria al quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative al pubblico avviso è il seguente: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it)

Il/la sottoscritt ,ai sensi del D.Lgs 30.06.2003 n. 196, autorizza, per le finalità di gestione dell'avviso e controlli sulla veridicità delle autocertificazioni fornite, il trattamento dei propri dati.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allegare alla presente copia fotostatica ancorché non autenticata di un documento di identità.