

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 determinazione n..... del ..... per la formazione di apposita graduatoria "aperta" 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 \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ 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 (crocettare la categoria cui si appartiene):

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.