

SCHEMA INFORMATIVO ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA

Al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Cn2

Via Vida, 10 - 12051 Alba

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa chiede di poter partecipare all'avviso pubblicato sul sito aziendale con determinazione n. 115 del 22/01/2026 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 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

Il/la sottoscritto/a, 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.