

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. 1145 del 08/07/2026 per la formazione di apposite graduatorie di disponibilità per il conferimento di incarichi di Medici di Medicina Generale a ciclo di scelta e ad attività oraria presso le RSA dell'ASL CN2.

A tal fine dichiara:

- a) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- b) residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- c) domiciliato a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_
- d) tel. \_\_\_\_\_
- e) indirizzo e-mail \_\_\_\_\_
- f) di essere iscritto all' Albo dell'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_
- g) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito in data \_\_\_\_\_ con voto di laurea \_\_\_\_\_;
- h) di essere:
  - medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta oppure
  - medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria oppure
  - medico in possesso dei requisiti per l'iscrizione alla graduatoria regionale domiciliato nell'ASL CN2 o ASL confinante;
- i) di avere lo studio a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ (per i medici a ciclo di scelta). Laddove il medico abbia più di uno studio indicare tutte le sedi.
- j) di operare nella sede di Continuità Assistenziale di \_\_\_\_\_ (per i medici ad attività oraria)
- k) anzianità di servizio in convenzione (sia per i medici a ciclo di scelta che ad attività oraria) \_\_\_\_\_
- l) età alla laurea in medicina e chirurgia \_\_\_\_\_

m) di concorrere per la RSA (scrivere il nome della RSA o delle RSA per cui si concorre)\_\_\_\_\_

che l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) obbligatoria al quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative al pubblico avviso è il seguente:\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto, 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 \_\_\_\_\_

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