

SCHEMA INFORMALE ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA

Al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Cn2

Via Vida, 10 - 12051 Alba

Il/La sottoscritto/a Dott.chiede di poter partecipare all'avviso pubblicato sul sito aziendale con deliberazione n. 1409 del 04/09/2026 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.