

ALLEGATO A

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE
PRESSO LE AZIENDE USL DI MEDICI DISPONIBILI PER INCARICHI A TEMPO
DETERMINATO NEI SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE CONVENZIONATA**

MARCA DA BOLLO (16
EURO) annullata
(barrata)
e datata a mano

RACCOMANDATA A.R. o PEC

AZIENDA USL FERRARA
Via Arturo Cassoli n° 30
44121 FERRARA
risorseumaneeconomico@pec.ausl.fe.it

Il sottoscritto Dr. _____

nato a _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ Cap _____

Via _____ n° _____

Tel. _____ CODICE FISCALE _____

E-MAIL *(indicare in modo chiaro e corretto, provvedendo ad evidenziare caratteri minuscoli/maiuscoli, punti, tratti di separazione, chiocciola, ecc.)*

CHIEDE

di essere inserito nelle graduatorie dei medici disponibili per incarichi a tempo determinato (provvisori e di sostituzione) di codesta Azienda USL nel/i settore/i della Medicina Generale come di seguito indicato:

- ☐ ASSISTENZA PRIMARIA
- ☐ CONTINUITA' ASSISTENZIALE
- ☐ MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI
- ☐ MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI – MEDICI PENITENZIARI
- ☐ EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per questo settore è necessario il possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale)

Barrare almeno una casella di quelle indicate, pena la nullità della domanda

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio)

DICHIARA

- di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____;
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (art. 92, comma 4 dell'ACN) conseguito presso _____ in data _____;

DICHIARA INOLTRE

di trovarsi nelle condizioni di seguito contrassegnate (*barrare le caselle che interessano*):

- di essere inserito nella/e graduatoria/e della Medicina Generale della Regione Emilia Romagna valida per l'anno 2017 con il seguente punteggio:
 - Assistenza Primaria: punti _____
 - Continuità Assistenziale punti _____
 - Medicina dei Servizi punti _____
 - Emergenza Sanitaria Territoriale punti _____
- di non essere inserito nella/e Graduatoria/e di Medicina Generale della Regione Emilia Romagna valida per l'anno 2017 e di trovarsi in una delle seguenti condizioni:
 - di ESSERE IN POSSESSO del Diploma di Formazione Specifica in MEDICINA GENERALE conseguito il _____ a _____;
 - abilitato all'esercizio professionale dopo il 31.12.1994;
 - ISCRITTO al Corso di Formazione Specifica in MEDICINA GENERALE (specificare sede del corso _____);

☐ con borsa di studio ☐ senza borsa di studio
 - ISCRITTO a scuola di SPECIALIZZAZIONE (specificare scuola e sede _____);

☐ con contratto di formazione specialistica ☐ senza contratto di formazione specialistica
 - di aver svolto attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari (SIAS) nei seguenti periodi:

dal _____ al _____ c/o Istituto Penitenziario _____

dal _____ al _____ c/o Istituto Penitenziario _____

dal _____ al _____ c/o Istituto Penitenziario _____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE:

☐ di essere ☐ di non essere titolare di incarico o rapporto convenzionale (in caso affermativo specificare il tipo di attività _____ dal _____)

☐ di avere ☐ di non avere altri rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale od altri Enti (in caso affermativo specificare il tipo di attività _____ dal _____)

☐ di avere presentato analoga domanda alle seguenti Aziende USL :

Chiede che ogni **COMUNICAZIONE** venga inviata al seguente indirizzo: _____

Data, _____

Firma _____ (*)

(*) La documentazione deve essere inviata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore. La mancanza del documento di identità comporta la nullità della domanda.

NB: La presente domanda deve essere integralmente compilata, a pena di esclusione dalla graduatoria.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali richiesti la informiamo che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità per i quali sono state acquisiti.

MODALITA' DI CONSEGNA DELLA DOMANDA: SCADENZA IL 13/04/2018

Le domande potranno essere presentate **SOLO ED ESCLUSIVAMENTE** con le seguenti modalità:

- Trasmissione tramite il servizio postale a mezzo Raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo: AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI FERRARA con sede in Via Cassoli n°30 44121 FERRARA. Le domande si considerano prodotte in tempo utile anche se spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato. A tal fine fa fede il timbro e la data dell'Ufficio postale accettante. La domanda dovrà essere corredata di copia di documento di Identità del sottoscrittore La mancanza del documento di identità comporta la nullità della domanda.
- Spedizione tramite invio alla Pec: risorseumaneeconomico@pec.ausl.fe.it. La domanda dovrà essere corredata di copia di documento di Identità del sottoscrittore La mancanza del documento di identità comporta la nullità della domanda. Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del medico, di casella di posta elettronica certificata personale. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC Aziendale sopra riportata. E' esclusa la possibilità di integrazione della domanda inviata via PEC con documenti inviati via posta ordinaria o consegnati a mano