

Marca da
bollo

Allegato 2

Azienda Sanitaria di Potenza
Via Torraca n. 2
85100 Potenza

Oggetto: Domanda per l'inserimento nella Graduatoria Aziendale ASP valevole per l'anno 2020 redatta ai sensi dell'art.15 vigente ACN per i rapporti con i Medici di Medicina Generale per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ () il _____

Codice fiscale _____,

residente a _____ () in via _____ n. _____

cell. n. _____

indirizzo di posta elettronica _____

indirizzo pec _____

CHIEDE

di essere incluso nella Graduatoria Aziendale ASP, valida per l'anno 2020, redatta ai sensi dell'art.15 vigente ACN per i rapporti con i Medici di Medicina Generale, per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione.

A tal fine, ai sensi ed effetti del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali, nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (art.76 D.P.R. n° 445/2000),

DICHIARA

- di essere laureato in _____

in data _____ presso _____

con votazione _____

- di essere iscritto all'Albo Professionale dei Medici e dei Chirurghi della Provincia di _____

a far data dal _____ con iscrizione N. _____

-di essere/non essere presente tra gli inclusi nella graduatoria unica della Regione Basilicata

valevole per l'anno 2020 con punteggio _____

-di aver conseguito l'attestato di formazione in medicina generale di cui al DL.vo n.256/91 in

data _____ nella Regione _____

-di essere/non essere iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al DL.vo n.256/91 o a corso di specializzazione di cui al DL.vo n.257/91 e corrispondenti norme di cui al DL.vo n.368/99:

denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio dal _____

-di essere in possesso/ non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 96 del vigente A.C.N.

rilasciato da _____ in data _____

-di detenere il seguente rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (in caso negativo scrivere

nessuno) _____

- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità di cui all'art. 17 dell'ACN;

Si impegna a comunicare alla ASP ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate anche con riferimento alle eventuali situazioni di incompatibilità (art. 17 ACN).

Allega fotocopia di un documento di riconoscimento valido.

Data _____

Firma _____