

APPORRE MARCA DA BOLLO DA € 16

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA DI DISPONIBILITÀ PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO NEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118.

DA COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
nazionalità _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____
via _____ n. _____
Tel _____ e-mail _____;

in qualità di

diretto interessato familiare altro (specificare) _____

di: _____

(nome) _____ (cognome) _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____
codice fiscale _____ grado di parentela _____
residenza (se diversa) _____

CHIEDE

di essere ammesso/a all'Avviso per la formazione della graduatoria di disponibilità per il conferimento di incarichi provvisori nel servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118, di cui alla determinazione n. 823 del 23/05/2025;

CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA

1) di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ presso l'Università degli Studi di _____ votazione _____;

- 2) di aver conseguito l'abilitazione professionale in data _____ ;
- 3) di essere/non essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ al numero _____ ;
- 4) di essere/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale ai sensi dell'art. 66 dell'ACN MMG 04/04/2024;
- 5) di essere/non essere inserito nella Graduatoria Regionale definitiva valida per l'anno 2025 con il seguente punteggio _____ ;
- 6) di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale conseguito presso la Regione _____ data inizio corso _____ data fine corso _____;
- 7) di essere/non essere iscritto al Corso di formazione specifica in Medicina generale presso la Regione _____ data inizio corso _____ anno di frequenza del corso (indicare 1° - 2° - 3° anno) _____;
- 8) di essere iscritto/a alla scuola di specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____, inizio corso _____;
- 9) di prestare servizio presso _____ in qualità di _____ dal _____;
- 10) di indicare il seguente indirizzo presso il quale dovranno essere notificate eventuali comunicazioni: a _____ prov. _____ CAP _____ via/corso _____ Tel _____ e-mail _____;
- data _____ Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. e art. 13 del Reg. UE 2016/679:
 "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1, esclusivamente ai fini del presente procedimento.
 I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).
 L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P., Via Carlo Boggio 12 12100 CUNEO, indirizzo email: urp@aslcn1.it
 Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

INFORMAZIONI

SCADENZA: 20/06/2025

A COSA SERVE IL MODULO

Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per la formazione di graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori di Emergenza Sanitaria Territoriale 118.

CHI DEVE COMPILARE IL MODULO

I medici interessati.

Avvertenze

- Alla richiesta deve essere allegata **fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente**
- Nella richiesta deve essere **indicato l'indirizzo e-mail ordinario del candidato (non Pec)**

COME FAR AVERE IL MODULO ALL'ASL CN1

Il modulo, **corredato della marca da bollo da € 16**, deve essere:

- a) firmato e trasmesso **a mezzo P.E.C.** all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it, allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

RIFERIMENTI

Ufficio: Gestione Risorse Umane

Settore Convenzioni

Tel.: 0171/450770 – 0171/450351

E-mail: andrea.giostra@aslcn1.it – silviadesiree.guaraldo@aslcn1.it