

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA CONVENZIONATI CON L'A.S.L. CN1 PER L'ASSISTENZA NELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI AI SENSI DELLA D.G.R. 37-6241 DEL 16/12/2022

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. _____

telefono (fisso o mobile) _____ E-mail _____

CHIEDE

di essere ammesso/a al pubblico avviso per il conferimento di incarichi ai medici di medicina generale del ruolo unico di assistenza primaria convenzionati con l'A.S.L. CN1 per l'assistenza nelle residenze sanitarie assistenziali per anziani non autosufficienti ai sensi della D.G.R. 37-6241 del 16/12/2022;

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 in data _____ la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di _____ riportando il seguente voto _____ ;
- 2) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il _____ ;
- 3) di essere/non essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ al n. _____ ;
- 4) di essere/non essere Medico di Medicina Generale nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria **a ciclo di scelta** convenzionato con l'A.S.L. CN1 a tempo indeterminato ovvero con incarico temporaneo ai sensi dell'art. 33, comma 4, A.C.N. 04/04/2024;

5) di essere/non essere Medico di Medicina Generale nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria **ad attività oraria** convenzionato con l'A.S.L. CN1 a tempo indeterminato ovvero con incarico temporaneo ai sensi dell'art. 33, comma 4, A.C.N. 04/04/2024;

6) di avere lo studio nel Comune di

_____, Via _____

_____, n. _____ (per i medici a ciclo di scelta);

7) di operare nella sede di Continuità Assistenziale di _____ (per i medici ad attività oraria – indicare la sede di prevalente attività);

8) di voler concorrere per la/e seguente/i R.S.A.:

- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;

9) di lasciare come recapito telefonico il n° _____ e di voler ricevere le comunicazioni al seguente indirizzo: a _____ prov. _____ CAP _____
via _____ n. _____
E-mail/P.E.C. _____;

data _____ firma (per esteso) _____

ALLEGARE COPIA FOTOSTATICA DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ

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: 15/03/2025

A COSA SERVE IL MODULO

Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi ai medici di medicina generale del ruolo unico di assistenza primaria convenzionati con l'A.S.L. CN1 per l'assistenza nelle residenze sanitarie assistenziali per anziani non autosufficienti ai sensi della D.G.R. 37-6241 del 16/12/2022.

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 **segnato l'indirizzo e-mail ordinario del candidato (e anche p.e.c.)**

COME FAR AVERE IL MODULO ALL'ASL CN1

- a) firmato e spedito per **tramite P.E.C.** all'indirizzo: protocollo@aslc11.legalmailPA.it, allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore, oppure con posta raccomandata;
- b) firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: protocollo@aslc11.legalmailPA.it

RIFERIMENTI

Ufficio: Gestione Risorse Umane

Tel: 0171/450770 E-mail silviadesire.guaraldo@aslc11.it

Tel.: 0171/450351 E-mail: andrea.giostra@aslc11.it