

**APPORRE MARCA DA BOLLO DA 16,00 EURO**



**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER IL TRASFERIMENTO INFRA DISTRETTUALE DEI MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA DELL'A.S.L. CN1.**

**DA COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE**

AL DIRETTORE  
S.C.I. GESTIONE RISORSE UMANE

**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 all'avviso pubblico per il trasferimento infra distrettuale dei medici di assistenza primaria a ciclo di scelta dell'A.S.L. CN1, bandito con determinazione n. 1365 del 26/08/2025 e, a tal fine

**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

- di aver conseguito in data \_\_\_\_\_ la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_, riportando il seguente voto \_\_\_\_\_;
- di essere Medico Titolare di assistenza primaria a ciclo di scelta **a tempo indeterminato** dell'A.S.L. CN1 nel Distretto \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ (indicare data inizio incarico a tempo indeterminato);
- di essere consapevole che l'accettazione di trasferimento per mobilità intraaziendale (a seguito di graduatoria e convocazione degli aventi diritto) comporterà la cancellazione dall'ambito di provenienza e sarà irrevocabile;

di voler ottenere il trasferimento nel seguente Distretto: \_\_\_\_\_

e, in particolare, all'interno del seguente ambito territoriale: \_\_\_\_\_ con obbligo di apertura nel Comune di (indicare nel caso in cui l'ambito preveda un obbligo di apertura in uno o più Comuni): \_\_\_\_\_.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_

### **Allega: copia di un documento d'identità**

**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](mailto: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)