

APPORRE MARCA DA BOLLO DA € 16,00

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA DI DISPONIBILITÀ PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

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 \_\_\_\_\_

**in qualità di**

diretto interessato  familiare  altro (specificare) \_\_\_\_\_

**di:**

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ grado di parentela  
(specificare) \_\_\_\_\_ residenza (se diversa) \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a al pubblico avviso per la formazione della graduatoria di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di incarichi provvisori nel servizio di Pediatria di Libera Scelta, di cui al B.U.R. n. 37 del 12/09/2024;

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 incluso nella Graduatoria Regionale definitiva per la Pediatria di Libera Scelta valida per l'anno 2023 al n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;
- 5) di essere/non essere in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti (specificare la disciplina \_\_\_\_\_) conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ riportando il seguente voto \_\_\_\_\_;
- 6) di essere/non essere iscritto/a alla scuola di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti (specificare la disciplina \_\_\_\_\_) presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_, inizio corso il \_\_\_\_\_ data prevista di fine corso \_\_\_\_\_;
- 7) di prestare servizio presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 8) di lasciare come recapito telefonico il numero \_\_\_\_\_ e di voler ricevere le comunicazioni al seguente indirizzo: a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_;
- Data \_\_\_\_\_ Firma (per esteso) \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del Reg. UE 2016/679 e dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.:**

"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)

## INFORMAZIONI

**SCADENZA: 01/10/2024**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per la formazione di graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori di Pediatria di Libera Scelta.

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

I Pediatri o gli specializzandi in Pediatria

### Avvertenze

- Alla richiesta deve essere allegata **fotocopia di documento di identità in corso di validità del richiedente**
- In caso di delega è necessario allegare fotocopia del documento di identità in corso di validità del delegante
- Nella richiesta deve essere **segnato 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 € 16,00, può essere:

- a) firmato e spedito **a mezzo P.E.C.** all'indirizzo: [protocollo@aslc1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslc1.legalmailPA.it), oppure a mezzo raccomandata A/R allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore;
- b) firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: [protocollo@aslc1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslc1.legalmailPA.it)

### **RIFERIMENTI**

Ufficio: Gestione Risorse Umane

Tel.: 0171/450770 - E-mail: [silviadesiree.guaraldo@aslc1.it](mailto:silviadesiree.guaraldo@aslc1.it) - [andrea.giostra@aslc1.it](mailto:andrea.giostra@aslc1.it)