

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. 3 del 16/01/2025;

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 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 2025 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

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: 26/01/2025

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, 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

RIFERIMENTI

Ufficio: Gestione Risorse Umane

Tel.: 0171/450770 - E-mail: silviadesiree.guaraldo@aslc1.it - andrea.giostra@aslc1.it