

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 PER ATTIVITÀ TERRITORIALI PROGRAMMATE PRESSO LA S.C. MEDICINA LEGALE**

**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 a tempo determinato per attività territoriali programmate presso la S.C. Medicina Legale, di cui alla determinazione n. 1019 del 05/06/2024;

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 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 titolare di incarico quale Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con un numero di scelte pari a \_\_\_\_\_ ;
- 5) di essere/non essere titolare di incarico quale Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria (Continuità Assistenziale) presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, con orario settimanale ammontante a n. \_\_\_\_\_ ore;
- 6) di essere/non essere titolare di incarico quale medico della medicina dei servizi presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, con orario settimanale ammontante a n. \_\_\_\_\_ ore;
- 7) di essere/non essere inserito nella Graduatoria Regionale dei medici di medicina generale valida per l'anno in corso con il seguente punteggio \_\_\_\_\_ ;
- 8) di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale conseguito presso la Regione \_\_\_\_\_ data inizio corso \_\_\_\_\_ data fine corso \_\_\_\_\_ ;
- 9) 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) \_\_\_\_\_ ;
- 10) di aver svolto attività territoriali programmate presso \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ ;
- 11) di prestare servizio presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ;
- 12) 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](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: 5 LUGLIO 2024**

### A COSA SERVE IL MODULO

Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per la formazione di graduatoria per il conferimento di incarichi a tempo determinato per attività territoriali programmate presso la S.C. Medicina Legale.

### 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 (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 PEC** all'indirizzo: [protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it), allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.
- b) non sarà ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice anche se indirizzata alla PEC Aziendale con conseguente esclusione dall'avviso.

### RIFERIMENTI

Ufficio: Gestione Risorse Umane

Settore Convenzioni

Tel.: 0171/450770

E-mail: [silviadesire.guaraldo@aslcn1.it](mailto:silviadesire.guaraldo@aslcn1.it)