

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 NEL SERVIZIO DI MEDICINA PENITENZIARIA

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 a tempo determinato nel servizio di Continuità Assistenziale, di cui al B.U.R. n. 25 del 20/06/2024;

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 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 in attesa di iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Medici a seguito di quanto disposto dall'art. 102 D.L. 17.03.2020 n.18;
- 5) di essere/non essere incluso nella Graduatoria Unica Regionale definitiva per la Medicina Generale - Area Continuità Assistenziale valida per l'anno in corso al n.____ con punti_____ ;
- 6) di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale conseguito presso la Regione _____ data inizio corso (gg/mm/aa) _____
data fine corso (gg/mm/aa) _____ ;
- 7) di essere/non essere iscritto al Corso di formazione in Medicina generale dal (gg/mm/aa) _____ presso la Regione _____ anno di frequenza del corso
(segnare se 1° anno, 2° anno oppure 3° anno) _____ ;
- 8) di essere iscritto/a alla scuola di specializzazione in _____
presso l'Università degli Studi di _____ , inizio corso il (gg/mm/aa) _____ ;
- 9) di prestare servizio presso _____ in qualità di _____
dal _____ ;
- 10) di lasciare come recapito telefonico il n° _____ 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 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: 10/07/2024

A COSA SERVE IL MODULO

Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per la formazione di graduatoria per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel Servizio di Medicina Penitenziaria.

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**
- 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 p.e.c.)**

COME FAR AVERE IL MODULO ALL'ASL CN1

Il modulo, corredato della marca da bollo da € 16, può essere:

- a) firmato e spedito per **posta raccomandata oppure tramite P.E.C.** all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it, allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore
- b) firmato digitalmente dal sottoscrittore e trasmesso all'indirizzo: protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

RIFERIMENTI

Ufficio: Gestione Risorse Umane

Tel: 0171/450770 E-mail silviadesiree.guaraldo@aslcn1.it