

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. 32 del 10/08/2023;

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

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: 25 AGOSTO 2023

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 **raccomandata A/R oppure a mezzo 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 silviadesiree.guaraldo@aslcn1.it - 0171/450351 E-mail: andrea.giostra@aslcn1.it