

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 RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITÀ ORARIA (GIÀ CONTINUITÀ ASSISTENZIALE)**

**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. 50 del 15/12/2022;

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](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: 14/01/2023**

### **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 Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria (già continuità assistenziale).

### **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@aslc1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslc1.legalmailPA.it), 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)

Tel.: 0171/450351 E-mail: [andrea.giostra@aslc1.it](mailto:andrea.giostra@aslc1.it)