

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. 300 del 14/02/2023;

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 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

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: 17 MARZO 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 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@aslc1.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.: 0171/450351

E-mail: andrea.giostra@aslc1.it