

Al Direttore Generale
ATS della Brianza
Ufficio Protocollo
Viale Elvezia 2
20900 MONZA

BOLLO

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE AVENTE DURATA DI UN ANNO
PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE NEI SETTORI DI MEDICINA
GENERALE, CONTINUITA' ASSISTENZIALE E PEDIATRIA DI FAMIGLIA PER L'ATS BRIANZA**

"Domanda per Incarichi MMG, MCA e PDF"

Il/La sottoscritto/a dott. _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ CAP _____

via/piazza _____ n. _____

CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale per l'assegnazione di incarichi provvisori e di sostituzione nel settore afferente a: **(barrare la casella o le caselle opzionate)**

- MEDICINA GENERALE**
- CONTINUITA' ASSISTENZIALE**
- PEDIATRIA DI FAMIGLIA**

Per la sola opzione relativa al servizio di Continuità Assistenziale, barrare altresì l'area territoriale (o le aree territoriali) per le quali si esprime l'opzione di scelta per un eventuale incarico a tempo determinato:

- ASST di Monza** (comprendente i comuni afferenti agli ambiti territoriali di Monza e Desio)
- ASST di Vimercate** (comprendente i comuni afferenti agli ambiti territoriali di Seregno, Vimercate e Carate Brianza)
- ASST di Lecco** (comprendente tutti i comuni della provincia di Lecco)

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R.

DICHIARA

- 1 di essere cittadino/a _____
- 2 di avere subito condanne penali e/o di avere procedimenti penali in corso:

a. sì (indicare quali) _____

b. no

3 di essere stato licenziato/a, destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso la Pubblica

Amministrazione: sì no

4 di essere in possesso dei seguenti titoli richiesti dal bando:

- diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di

_____ in data _____ con voto _____

- di aver avuto l'abilitazione all'esercizio della professione presso l'Università di _____ nella sessione ____ anno _____

- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ a decorrere dal _____ con n. di iscrizione _____

5 di essere iscritto ad un Corso di Specializzazione o di essere titolare di borse di studio pubbliche:

a. sì (indicare quale e dove) _____

b. no

6 di essere attualmente titolare di un rapporto di lavoro dipendente:

a. sì presso _____

b. no

7 (per la Continuità Assistenziale): di essere in possesso patente di guida cat. B o sup.

n. _____ conseguita in data _____

8 di essere in possesso di una personale copertura assicurativa, in corso di validità, all'atto dello svolgimento del servizio, per responsabilità civile verso terzi e danni derivanti dall'esercizio dell'attività professionale.

9 di accettare tutte le norme contenute nel presente avviso pubblico.

per i settori Medicina Generale e Continuità Assistenziale:

10 di essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale:

sì, conseguito in data _____ presso

no

di frequentare il corso di Formazione specifica triennale in Medicina Generale presso
_____ (specificare l'anno di corso
_____)

11 di essere iscritto nella graduatoria regionale della Lombardia della medicina generale

/continuità assistenziale sì no

per il settore Pediatria di Famiglia:

12 di essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline
equipollenti (specificare _____) ai sensi della
tabella B del DM 30 gennaio 1998 e s.m.i. , conseguito in data
_____, con la seguente votazione _____

13 di essere iscritto nella graduatoria regionale della Lombardia della pediatria di famiglia:

sì no

Allega alla presente domanda:

- Fotocopia (fronte retro) della carta di identità** in corso di validità
 - Autocertificazione informativa "Allegato L (per MMG e MCA)" o "Allegato I (PDF)"**
debitamente compilato, datato e sottoscritto;
- (LA LORO MANCANZA COMPORTA L'INAMMISSIBILITA' DELLA DOMANDA);

Chiede che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda venga inoltrata al
seguente indirizzo:

via/piazza _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

tel. _____ cell. _____

e-mail _____

pec: _____

e si impegna a comunicare le eventuali successive variazioni, esonerando l'Agazia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza da qualsiasi responsabilità in caso di sua irreperibilità presso l'indirizzo dichiarato.

Ai sensi del Regolamento Europeo GDPR n. 679/2016 i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda per la gestione dell'avviso nonché, successivamente all'eventuale instaurazione dell'incarico, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione pena l'esclusione dall'avviso. Il candidato gode dei diritti di cui al citato Regolamento, che potranno essere fatti valere nei confronti dell'Agazia di Tutela della Salute della Brianza.

Luogo e data _____

FIRMA
