

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

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI  
PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE 2016-2017

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserito nella graduatoria aziendale per l'assegnazione di incarichi provvisori e di sostituzione nel servizio di Continuità Assistenziale dell'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza afferenti ai territori (barrare la casella o le caselle corrispondenti all'ASST opzionata)

- ASST di Monza
- ASST di Vimercate
- ASST 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**

2. di essere cittadino \_\_\_\_\_
3. di avere subito condanne penali e/o di avere procedimenti penali in corso
  - sì (indicare quali) \_\_\_\_\_
  - no
4. di essere stato licenziato/a, destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso la Pubblica Amministrazione:
  - sì
  - no
5. di essere in possesso dei seguenti titoli richiesti dal bando:

- a) diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_
- b) abilitazione all'esercizio della professione presso l'Università di \_\_\_\_\_ nella sessione \_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_
- c) iscrizione all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_  
a decorrere dal \_\_\_\_\_ con n. di iscrizione \_\_\_\_\_
6. di essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale:
- sì, conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
  - no
  - di frequentare il corso di Formazione triennale in Medicina Generale
7. di essere iscritto ad un Corso di Specializzazione o di essere titolare di borse di studio pubbliche:
- sì (indicare quale e dove) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - no
8. di essere attualmente titolare di un rapporto di lavoro dipendente:
- sì presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - no
9. di essere in possesso patente di guida cat. B o sup. n. \_\_\_\_\_  
conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
10. 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.
11. di accettare tutte le norme contenute nel presente avviso pubblico.

**Allega alla presente domanda:**

- Fotocopia (fronte retro) della carta di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa "Allegato L" debitamente compilato, datato e sottoscritto;
- Dichiarazione relativa all'attività di Continuità Assistenziale e Continuità Assistenziale Turistica svolta presso l'ex ASL di Lecco e/o presso l'ex ASL di Monza;

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 dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 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 all'art. 7 del citato D.Lgs., che potranno essere fatti valere nei confronti dell'Agazia di Tutela della Salute della Brianza.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

ALLEGATO ALLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

(da compilare solo da parte dei medici che hanno effettuato attività di Continuità Assistenziale e Continuità Assistenziale Turistica presso l'ex ASL di Lecco e/o l'ex ASL di Monza).

**N.B. indicare il servizio svolto sino al 31.12.2015**

Per medici che hanno lavorato per l'ex ASL di Monza: indicare tutto il servizio svolto sino dal 1.11.2014 al 31.12.2015, poiché il periodo sino al 31/10/2014 era già stato autocertificato.

Per medici che hanno lavorato per l'ex ASL di Lecco: indicare solo il servizio svolto dal 1.12.2015 al 31.12.2015, poiché il periodo sino al 30/11/2015 era già stato autocertificato.

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

Dichiara

di aver espletato, presso l'ex ASL di Lecco/ex ASL di Monza, la seguente attività quale medico addetto al Servizio di Continuità Assistenziale e/o Continuità Assistenziale Turistica (per l'ex ASL di Lecco):

EX ASL DI \_\_\_\_\_ ANNO .....

Gennaio	dal.....	al.....	ore.....
Febbraio	dal.....	al.....	ore.....
Marzo	dal.....	al.....	ore.....
Aprile	dal.....	al.....	ore.....
Maggio	dal.....	al.....	ore.....
Giugno	dal.....	al.....	ore.....
Luglio	dal.....	al.....	ore.....
Agosto	dal.....	al.....	ore.....
Settembre	dal.....	al.....	ore.....
Ottobre	dal.....	al.....	ore.....
Novembre	dal.....	al.....	ore.....
Dicembre	dal.....	al.....	ore.....

EX ASL DI \_\_\_\_\_ ANNO .....

Gennaio	dal.....	al.....	ore.....
Febbraio	dal.....	al.....	ore.....
Marzo	dal.....	al.....	ore.....
Aprile	dal.....	al.....	ore.....
Maggio	dal.....	al.....	ore.....
Giugno	dal.....	al.....	ore.....
Luglio	dal.....	al.....	ore.....
Agosto	dal.....	al.....	ore.....

Settembre dal..... al..... ore.....  
Ottobre dal..... al..... ore.....  
Novembre dal..... al..... ore.....  
Dicembre dal..... al..... ore.....

EX ASL DI \_\_\_\_\_ ANNO .....

Gennaio dal..... al..... ore.....  
Febbraio dal..... al..... ore.....  
Marzo dal..... al..... ore.....  
Aprile dal..... al..... ore.....  
Maggio dal..... al..... ore.....  
Giugno dal..... al..... ore.....  
Luglio dal..... al..... ore.....  
Agosto dal..... al..... ore.....  
Settembre dal..... al..... ore.....  
Ottobre dal..... al..... ore.....  
Novembre dal..... al..... ore.....  
Dicembre dal..... al..... ore.....

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_