

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 2017-2018

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** (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

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'Agenzia 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'Agenzia 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 dal 1/01/2016 al 31/12/2016, poiché il periodo precedente è già stato autocertificato l'anno scorso.

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 _____