

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per graduatoria)**

(ALLEGATO B)

AI DIRETTORE GENERALE
ASL SALERNO
VIA NIZZA 146
84124 SALERNO

Marca da Bollo € 16,00

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ residente a

_____ prov.. _____ via _____ n. _____

CAP _____ CELL. _____ PEC _____

Regione _____ **INSERITO NELLA GRADUATORIA REGIONALE VALIDA PER L'ANNO 2023**

F A D O M A N D A

secondo quanto previsto dall'art. 63 ACN vigente, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando il distretto per cui si concorre):

N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO N.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con _____ voto _____;
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;

(cancellare quello che non interessa)

3. di essere iscritto nella graduatoria regionale - valevole per l'anno 2023 con punti _____, e che alla data di scadenza della presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria non era titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria;
4. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale;
5. di essere residente nel comune di _____ dal _____;
6. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso la stessa Asl nel servizio di continuità assistenziale dal _____;
7. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'ambito della Regione Campania nel servizio di continuità assistenziale ASL dal _____ al _____;
8. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;
9. di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale presso la Regione _____ in data _____;
10. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato D).
- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

pec: _____

Data firma per esteso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).