

**Allegato A**

**Domanda per il conferimento di incarico nel Servizio di Assistenza sanitaria ai turisti.  
Stagione estiva 2015**

**Marca  
da bollo  
€16,00**

Raccomandata A.R.

Azienda USL di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

partita IVA \_\_\_\_\_ codice ENPAM \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserito nella graduatoria per lo svolgimento del servizio di assistenza sanitaria turistica di codesta Azienda USL.

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio)

**DICHIARA**

- di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

di trovarsi nelle condizioni di seguito contrassegnate:

- di essere inserito nella/e graduatoria/e della medicina generale per l'Emilia-Romagna valida/e per l'anno 2015 (pubblicate nel Bollettino Ufficiale della Regione - parte III - n. 5 del 9 gennaio 2015) con il seguente punteggio:
  - assistenza primaria: punti \_\_\_\_\_
  - continuità assistenziale: punti \_\_\_\_\_

- non essere inserito nella/e graduatoria/e della medicina generale per l'Emilia-Romagna valida/e per l'anno 2015 e di trovarsi in una delle seguenti condizioni:
  - in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_;
  - abilitato all'esercizio professionale dopo il 31.12.1994;
  - iscritto a corso di formazione specifica in medicina generale (*specificare sede del corso* \_\_\_\_\_)
  - iscritto a scuola di specializzazione (*specificare scuola e sede* \_\_\_\_\_)

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di essere • di non essere titolare di incarico o rapporto convenzionale (*in caso affermativo indicare il tipo di attività e l'ASL*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- di avere • di non avere altri rapporti con il Servizio sanitario nazionale od altri Enti (*in caso affermativo indicare il tipo di attività e l'Ente*)

\_\_\_\_\_

- di avere presentato analoga domanda alle seguenti Aziende UU.SS.LL. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

data ..... firma ..... (\*)

(\*) La sottoscrizione non e' soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione **ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore. La mancanza del documento di identità comporta la nullità della domanda**

N.B. La presente domanda deve essere integralmente compilata, a pena di esclusione dalla graduatoria. Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali richiesti la informiamo che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali sono state acquisiti.