

CODICE IDENTIFICATIVO
Marca da bollo

Allegato "B"

Al Direttore Generale ASL Pescara
Dipartimento Amm.vo - UOC Dinamiche del Personale
Ufficio Sanitari Convenzionati

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Con riferimento alla Delibera n° 1904 del 21/12/2023 di Codesta ASL, il/la sottoscritto/a

Dr. _____ Cell. _____ C.F. _____

PEC (leggibile, in stampatello) _____ e mail _____

D I C H I A R A: (barrare le caselle di interesse)

- la propria disponibilità a ricoprire eventuali incarichi provvisori/sostituzioni nel Servizio di Assistenza Primaria a ciclo di scelta;
- la propria disponibilità a ricoprire eventuali incarichi a tempo determinato nel Servizio di Assistenza Primaria ad attività oraria;
- la propria disponibilità a ricoprire eventuali incarichi a tempo determinato nel Servizio di Guardia Turistica;
- la propria disponibilità a ricoprire eventuali incarichi provvisori/sostituzioni nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" (solo se in possesso dell'attestato di idoneità all'Emergenza Sanitaria Territoriale "118");
- la propria disponibilità a ricoprire eventuali incarichi provvisori/sostituzioni nel Servizio di Assistenza Penitenziaria;

trovandosi nelle condizioni previste dall'**Avviso Pubblico di cui alla Deliberazione sopra menzionata** al punto:
(barrare la lettera che interessa)

- a) medico iscritto nella **Graduatoria Regionale anno 2024**;
- b) medico in possesso del titolo di formazione specifica in **Medicina generale** acquisito successivamente alla data di scadenza (31.01.2023), della presentazione della domanda di inclusione in **Graduatoria Regionale anno 2024**;
- c) medico iscritto al corso di formazione specifica in **Medicina Generale nella Regione Abruzzo o in altra Regione**;
- d) medico con abilitazione professionale acquisita successivamente alla data del **31/12/1994**;
- e) medico iscritto a corso di specializzazione

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n°445, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

D I C H I A R A A L T R E S I'

- di essere nato/a il _____ a _____ (____);

- di essere residente in _____ (____) Via _____ n° _____ CAP _____
- di aver conseguito la laurea in *Medicina e Chirurgia* in data _____ presso l'Università di _____ con voto _____ ;
- di essere abilitato/a all'esercizio della professione medica dal _____ ;
- di essere iscritto/a all'Albo dei Medici della Provincia di _____ dal _____ ;
- di essere/non essere iscritto nella graduatoria regionale della Regione Abruzzo anno 2024 con punti _____ ;
- di aver/non aver acquisito l'attestato di formazione specifica in *Medicina Generale* di cui al D. Lgs. n°259/91 il _____ ;
- di aver/non aver acquisito l'attestato di formazione specifica di E.S.T. "118" il _____ ;
- di essere/non essere iscritto al seguente corso di specializzazione _____, dal _____ al _____ ;
- di essere/non essere iscritto al corso di formazione specifica in *Medicina Generale* nella Regione _____ dal _____ al _____ ;
- di essere incondizionatamente idoneo/a alle mansioni proprie da ricoprire per le attività richieste;
- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 21, ACN 28/04/2022;
- di essere disponibile a ricoprire l'incarico su tutto il territorio aziendale;
- di assicurare, in proprio, la disponibilità del mezzo di trasporto per gli interventi esterni all'ambulatorio.

N.B. Si allega copia di valido documento di riconoscimento (a pena di esclusione).

Data _____

Firma _____