

CODICE IDENTIFICATIVO



Allegato "B"
Al Direttore Generale A.S.L. Pescara
Dipartimento Amministrativo
U.O.S. Gestione Sanitari Convenzionati

Oggetto: **DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA DI DISPONIBILITA' AZIENDALE 2025**

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

nato/a a _____ Prov. _____, il ____/____/____

C.F. _____

Comune di residenza _____ Prov. _____, CAP _____

Indirizzo _____ n. _____

Domiciliato nel Comune di (da compilare se diverso dalla residenza):

Via _____ n° _____

Recapito telefonico _____; e-mail _____

PEC (leggibile, in stampatello) _____

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria aziendale del ruolo unico di assistenza primaria della ASL di Pescara valida per l'anno 2025, per il conferimento di eventuale incarico a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione nell'ambito della Medicina Generale, per il/i settore/i di seguito indicato/i:

(barrare con una X l'incarico o gli incarichi che interessa o interessano)

- medico del ruolo unico di Assistenza Primaria (ex Assistenza Primaria e Continuità assistenziale);
- Emergenza Sanitaria Territoriale – 118 (in possesso dell'attestato di idoneità ex art. 66 ACN vigente);
- Assistenza nell'Istituto Penitenziario di Pescara;

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste, in caso di dichiarazioni mendaci, dall'art. 76 del DPR n. 445/2000,

DICHIARA:
(barrare e compilare le voci che interessano)

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

2) di essere residente in _____ (____) Via _____ n° _____

3) di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ presso l'Università di _____ con voto ____/110

(per i titoli conseguiti nei paesi extra Unione Europea, indicare la data del riconoscimento del titolo in Italia da parte del Ministero della Salute: _____);

- 4) di essere abilitato/a all'esercizio della professione medica dal _____ ;
- 5) di essere iscritto/a all'Albo dei Medici della Provincia di _____ dal _____ ;
- 6) di essere inserito nella graduatoria regionale della Regione Abruzzo anno 2025 con punti _____ ;
- 7) di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D. Lgs. n°259/91 ed al D. L.vo. n. 368/99 come modificato dal D. L. vo n. 277/2003, conseguito il _____, presso la Regione _____ ;
- 8) di aver acquisito l'attestato di formazione specifica di E.S.T. "118" il _____ ;
- 9) di essere iscritto al seguente corso di specializzazione in _____, presso l'Università di _____ dal _____ al (termine previsto) _____ ;
- 10) di essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale, di cui all'art. 9 comma 1, del D.L. _____ 14/12/2018, n. 135, convertito con modificazioni dalla L. 11/02/2019, n. 12, nella Regione Abruzzo, Triennio _____ frequentante:
1^ annualità 2^ annualità 3^ annualità (*barrare l'anno di riferimento*);
- 11) di essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale di cui all'art. 12, comma 3, del D. L. n. 35 del 30/04/2019, convertito con modificazioni dalla L. n. 60 del 25/06/2019, nella Regione Abruzzo, Triennio _____ frequentante:
1^ annualità 2^ annualità 3^ annualità (*barrare l'anno di riferimento*);
- 12) di essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale nella Regione _____ Triennio _____ frequentante:
1^ annualità 2^ annualità 3^ annualità (*barrare l'anno di riferimento*);
- 13) di essere titolare di borsa di studio in _____ presso l'Università di _____ ;
- 14) di essere incondizionatamente idoneo/a alle mansioni proprie da ricoprire per le attività richieste;
- 15) di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 21, del vigente ACN;
- 16) di essere disponibile a ricoprire l'incarico su tutto il territorio aziendale;
- 17) di assicurare, in proprio, la disponibilità del mezzo di trasporto per gli interventi esterni all'ambulatorio.

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



Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito asl.pe.it/dati-personali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato

La sottoscrizione della presente domanda attesta anche l'avvenuta presa visione dell'informativa estesa.

Data _____

Firma _____