***FAC-SIMILE ISTANZA***

**ALLA U.O.C. DINAMICHE DEL PERSONALE**

**A.S.L. PESCARA - REGIONE ABRUZZO**

manifestazioneinteresse.personale@asl.pe.it

**AVVISO PUBBLICO PER MANIFESTAZIONE D’INTERESSE DI MEDICI LAUREATI, SPECIALISTI, SPECIALIZZANDI ISCRITTI ALL’ULTIMO OVVERO PENULTIMO ANNO DEL CORSO DI SPECIALIZZAZIONE E PERSONALE MEDICO IN QUIESCENZA DISPONIBILI A PRESTARE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALE PRESSO L’AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA DELLA REGIONE ABRUZZO.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) residente in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

specialista/specializzando in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**manifesta il proprio interesse alla procedura in oggetto e chiede**

**di essere iscritto in un elenco di (barrare la voce di interesse):**

**a) MEDICI SPECIALISTI**

* laurea in medicina e chirurgia;
* abilitazione all’esercizio della professione medica;
* iscrizione all’ordine professionale;
* specializzazione

**b) MEDICI SPECIALIZZANDI**

* laurea in medicina e chirurgia;
* abilitazione all’esercizio della professione medica;
* iscrizione all’ordine professionale;
* iscrizione all’ultimo ovvero al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione;

**c) MEDICI SPECIALISTI COLLOCATI IN QUIESCENZA**

* laurea in medicina e chirurgia;
* abilitazione all’esercizio della professione medica;
* specializzazione.

**d) MEDICI LAUREATI**

* laurea in medicina e chirurgia;
* abilitazione all’esercizio della professione medica;
* iscrizione all’ordine professionale.

dando disponibilità a prestare attività clinico assistenziale, con attività svolta su turni H24, 7 giorni su 7, presso l’Azienda Sanitaria Locale di Pescara della Regione Abruzzo. Allega proprio curriculum vitae e copia di un documento di identità in corso di validità e dichiara di aver preso visione e accettare i contenuti del bando di avviso.

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR Il titolare del trattamento dei dati è la A.S.L. di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a [dpo@asl.pe.it](file:///C%3A%5CUsers%5Csimona.biondi%5CAppData%5CLocal%5CMicrosoft%5CWindows%5CINetCache%5CContent.Outlook%5CAppData%5CLocal%5CMicrosoft%5CWindows%5CTemporary%20Internet%20Files%5Cdpo%40asl.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 www.asl.pe.it/datipersonali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato.

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma anche per presa visione dell’informativa estesa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**