

Sede Legale:

Via Renato Paolini, 47 65124 Pescara

P.Iva: 01397530682

FAC-SIMILE ISTANZA

manifestazioneinteresse.personale@asl.pe.it

 ALLA UOC DINAMICHE DEL PERSONALE ASL

 PESCARA REGIONE ABRUZZO

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……… , via/piazza………………n. ……

codice fiscale n………………, telefono ……., cellulare…………………. e-mail …………………., pec………………

specialista/specializzando in ,

# MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO E CHIEDE

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

a) MEDICI SPECIALISTI in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b) MEDICI SPECIALIZZANDI: iscrizione all’ultimo e al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c) MEDICI SPECIALISTI COLLOCATI IN QUIESCENZA

d) MEDICI LAUREATI

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 in relazione all’andamento dell’infezione da COVID-19, individuando le seguenti eventuali priorità di assegnazione: ………………………………………………………………………

Allega proprio curriculum vitae e copia di un documento di identità in corso di validità. Dichiara di aver preso visione e accettare:

* dell’informativa sulla privacy e di essere consapevole che i propri dati saranno raccolti dall’Azienda Sanitaria Locale di Pescara per le finalità di gestione della presente manifestazione di interesse, ai sensi e per gli effetti di quanto dispone il Regolamento (UE) 2016/679;
* dei contenuti del bando.

Con osservanza.

Lì,………………………….. FIRMA­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_