


 MARCA DA
 BOLLO
 € 16,00

Pubblicato sul BUR n. 102 del 27/10/2017

Scadenza ore 12:00 del 12/11/2017

 Al Servizio CONVENZIONI E
 PRESTAZIONI
 U.L.S.S. n. 1 Dolomiti
 Distretto di Feltre

 PEC: protocollo.aulss1@pecveneto.it

 Il/La sottoscritto/a _____,
 nato/a a _____ (Prov. _____) il _____,

chiede

di essere ammesso alla graduatoria aziendale, valida per l'anno 2018, per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel servizio di:

(barrare la scelta desiderata; è possibile esprimere più di una scelta in quanto verranno prodotte tre distinte graduatorie)

- continuità assistenziale per le sedi del Distretto di Belluno
- continuità assistenziale per le sedi del Distretto di Feltre
- Casa Circondariale di Belluno

e pertanto dichiara

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e per dichiarazioni mendaci:

- di essere residente nel Comune di _____ dal _____
 (Prov. _____ CAP _____), Via _____
 Telefono _____, cellulare _____
 Pec _____; e-mail _____
- di essersi laureato/a a _____ il _____ con voto _____/110;
 ed abilitato/a il _____ a _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____ dal _____ al
 n° _____ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;
- di avere/non avere avuto, nel biennio precedente alla data di presentazione della domanda, due o
 più provvedimenti disciplinari, ai sensi dell'art. 30 dell'A.C.N., avviati presso l'ex Azienda Ulss n. 2
 di Feltre e l'ex Azienda Ulss n. 1 di Belluno;
- di essere/non essere iscritto in graduatoria della Regione del Veneto anno _____ con
 punti _____;
- di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1,
 comma 2, e all'art. 2, comma 2, del D.Lgs. n. 256/1991 e delle corrispondenti norme del D.Lgs. n.
 368/1999 e di cui al D.Lgs. n. 277/2003 conseguito il _____ a _____;



- di essere/non essere iscritto al _____ anno del corso triennale di medicina generale presso _____, e di essere/non essere iscritto in soprannumero e di essere/non essere titolare di borsa di studio;
- di essere/non essere iscritto al corso di specializzazione in _____ presso _____;
- di essere/non essere in possesso della patente categoria B o superiore, in corso di validità;
- di svolgere/non svolgere attualmente la seguente attività _____ presso _____ dal _____ al _____ per n° _____ ore settimanali;

Note: _____

SI ALLEGA COPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO D'IDENTITA'

ATTENZIONE: le domande non corredate dal valido documento di identità non verranno considerate.

Data _____

Firma: _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 196 DEL 30/06/2003

Il sottoscritto dr./d.ssa _____, è altresì informato che il D.L.vo n.196/2003 prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Sui diritti.

Pertanto, in relazione alla presente dichiarazione dichiaro di essere stato informato che:

1. I dati da Me forniti verranno trattati per l'inserimento nella banca dati aziendale per il conferimento di incarichi nel servizio di continuità assistenziale e per i connessi fini contabili, statistici, informativi, dell'utenza, giudiziari e di controllo;
2. Il conferimento dei dati è obbligatorio per i fini di cui al suddetto punto 1 e l'eventuale rifiuto a fornire i medesimi comporta l'esclusione dall'avviso;
3. I dati da Me forniti potranno essere comunicati ai Medici di Medicina Generale del territorio dell'ULSS n. 1, ai fini di quanto previsto dalla convenzione vigente.
4. Il trattamento sarà effettuato con le modalità manuale e/o informatizzata;
5. I dati potranno essere comunicati ad altre Aziende sanitarie, agli Ordini dei Medici, all'Autorità Giudiziaria, al Ministero della Sanità, agli Uffici/Servizi Regionali e ad ogni altro Ente e/o Organismo Pubblico eventualmente interessato ai fini di cui al suddetto punto 1.

Do il consenso

Nego il consenso

Luogo e Data _____