**ALLEGATO A**



**Azienda Sociosanitaria Ligure 5**

**DOMANDA di iscrizione alla graduatoria aziendale di disponibilità per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato e di sostituzione nella specialistica ambulatoriale VALEVOLI DAL 15/06/2020 AL 31/12/2020,**

ai sensi dell’art. 19 comma 12, A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi) ambulatoriali esecutivo dal 31.03.2020.

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M |\_\_| F |\_\_|

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Comune di residenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. Tel./Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PEC** (**obbligatoria**)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritto/a, ai sensi dell’art. 19 comma 12, A.C.N del 31.03.2020. per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi) ambulatoriali alle graduatorie aziendali di disponibilità di codesta ASL, valevoli per il periodo dal 01.06.2020 al 31/12/2020 per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato e di sostituzione.

* che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

|\_\_| la propria residenza;

|\_\_| il seguente domicilio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A tal fine, ai sensi dell’art. 46 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.**

**DICHIARA**

1. ** di essere residente**/ ** di non essere residente** nel territorio della ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

*in caso affermativo completare*: a far data dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. **di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia** conseguito presso Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e abilitato all’esercizio professionale il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. **di essere in possesso del Diploma di Specializzazione** conseguito presso Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e abilitato all’esercizio professionale il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. **di essere iscritto all’Ordine dei Medici** della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. ** di essere** / ** di non essere** iscritto alla vigente graduatoria regionale Medici specialisti ambulatoriali interni, valevole per l’anno 2020

 *in caso affermativo completare*: collocato al\_\_\_\_\_\_\_ posto e con punti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. ** di essere** / ** di non essere** iscritto alla vigente graduatoria regionale Medici veterinari ambulatoriali interni, valevole per l’anno 2020

 *in caso affermativo completare*: collocato al\_\_\_\_\_\_\_ posto e con punti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. ** di essere** / ** di non essere** iscritto alla vigente graduatoria regionale Professionisti Biologi ambulatoriali interni, valevole per l’anno 2020

 *in caso affermativo completare*: collocato al\_\_\_\_\_\_\_ posto e con punti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. ** di essere** / ** di non essere** iscritto alla vigente graduatoria regionale Professionisti Psicologi ambulatoriali interni, valevole per l’anno 2020

 *in caso affermativo completare*: collocato al\_\_\_\_\_\_\_ posto e con punti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. ** di essere** / ** di non essere** iscritto alla vigente graduatoria regionale Professionisti Psicoterapeuti ambulatoriali interni, valevole per l’anno 2020

 *in caso affermativo completare*: collocato al\_\_\_\_\_\_\_ posto e con punti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. **dichiara di aver preso visione dell’informativa sulla privacy di cui all’allegato B.**

AI SENSI DELL’ACN del 31.03.2020, Art. 19, c. 12 , l’avviso sarà pubblicato sul sito Aziendale al fine della predisposizione della graduatoria di disponibilità, secondo il seguente ordine di priorità:

1. ISCRITTI NELLE GRADUATORIE REGIONALI SECONDO L’ORDINE DI PUNTEGGIO
2. I MEDICI SARANNO GRADUATI NELL’ORDINE DELLA MINORE ETA’ ANAGRAFICA, DELL’ ANZIANITA’ DI SPECIALIZZAZIONE E DELL’ANZIANITA’ DI LAUREA.

**Il sottoscritto allega copia fotostatica di documento di identità personale in corso di validità. (1)**

**Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (ex art.76 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.**

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma per esteso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1) Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorieta' da produrre agli organi della amministrazione pubblica possono essere sottoscritte con firma non autenticata se vengono inviate unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità del sottoscrittore