

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA DI DISPONIBILITÀ PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI NEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118**

ANNO 2021

**APPORRE MARCA DA BOLLO DA 16 EURO**

All'AOU Maggiore della Carità  
NOVARA  
esclusivamente via Pec :  
protocollo@pec.auo.no.it

Il/La sottoscritto/a  
(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_  
nat\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
Stato di nascita \_\_\_\_\_ nazionalità \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via/corso \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

**chiede di partecipare**

**all'Avviso per la formazione della graduatoria aziendale di disponibilità per conferimento incarichi provvisori nell'Emergenza Sanitaria Territoriale 118.**

A tal fine, CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

**DICHIARA:**

1. di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ votazione \_\_\_\_\_;
2. di aver conseguito l'abilitazione professionale in data \_\_\_\_\_;
3. di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_

4. di essere/non essere in possesso della Specializzazione in ..... conseguita presso l'Università' degli Studi di .....in data .....
5. di essere/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale previsto dall'art. 96 dell'ACN 29/07/2009;
6. di essere/non essere iscritto nella graduatoria regionale di settore valida per l'anno in corso con punti \_\_\_\_\_;
7. di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale conseguito presso la Regione \_\_\_\_\_ data inizio corso \_\_\_\_\_ data fine corso \_\_\_\_\_;
8. di essere/non essere iscritto al Corso di Formazione specifica in Medicina Generale presso la Regione \_\_\_\_\_ data inizio corso \_\_\_\_\_ anno frequenza del corso (indicare 1° - 2° - 3° anno) \_\_\_\_\_;
9. di essere iscritto/a alla scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ inizio corso \_\_\_\_\_
10. di prestare servizio presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
11. di non trovarsi nella posizione di incompatibilità prevista dall'art. 17 dell'ACN 29/07/2009 ovvero \_\_\_\_\_
12. di indicare il seguente indirizzo presso il quale dovranno essere notificate eventuali comunicazioni: a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via/corso \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_
13. di autorizzare l'Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del Reg. UE 2016/679, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura selettiva.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_