

**SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA RELATIVA ALL'AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI "MEDICO COORDINATORE DI PRESIDIO" NEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.**

(l'istanza deve pervenire alla Direzione Generale dell'Azienda USL n.5. entro le ore 12,00 del 31 gennaio 2005)

AL DIRETTORE GENERALE  
Dell'Azienda U.S.L. n.5 di Messina  
Via La Farina, Is. 263/N  
90124 MESSINA

...I... sottoscritt... Dott. .... (cognome e nome)  
nat... a ..... (Prov. ....) il .....  
e residente in ..... (Prov. ....)  
Via ..... n. .... c.a.p. ....  
tel. .... / ..... Cellulare ..... e-mail .....@.....  
Codice Fiscale .....

**C H I E D E**

di partecipare al bando per la selezione del "Medico Coordinatore di Presidio" nel Servizio di Continuità Assistenziale dell'Azienda U.S.L. n.5 di Messina.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale dal .....
2. di avere conoscenza dei mezzi informatici e della rete internet;
3. di essere in possesso di un personal computer o di un notebook;
4. di essere titolare di accesso a internet a larga banda;

dichiara altresì

- di essere / non essere **(1)** titolare di incarico a tempo indeterminato a 24 ore settimanali senza altro incarico compatibile in atto nel servizio di continuità assistenziale;
- di essere / non essere **(1)** titolare di incarico a tempo indeterminato a 24 ore settimanali con altro incarico compatibile (assistenza primaria a 500 scelte, medicina dei servizi a 12 ore settimanali);
- di essere / non essere **(1)** titolare di incarico a tempo indeterminato a 12 ore settimanali senza altro incarico;
- di essere / non essere **(1)** titolare di incarico a tempo indeterminato a 12 ore settimanali con altro incarico compatibile (assistenza primaria a 650 scelte, medicina dei servizi a 24 ore settimanali);
- di essere / non essere **(1)** in possesso del titolo attestante il conseguimento di conoscenze dirigenziali acquisite tramite specifici corsi di management sanitario;
- di essere / non essere **(1)** residente nel comune sede del presidio di C.A. in cui si è titolari di incarico;
- di essere / non essere **(1)** residente in un comune compreso nel medesimo distretto sanitario nel quale è sede il presidio di C.A. di cui si è titolare di incarico;
- di aver conseguito la laurea in medicina e chirurgia in data .....
- di aver riportato il seguente punteggio di laurea .....

Allega alla presente:

- la documentazione (titoli conseguiti o autocertificazione) attestante il possesso dei requisiti di cui ai precedenti punti 2), 3) e 4)

Luogo e data .....

Firma del dichiarante .....

**NOTA (1) = cancellare la parte che non interessa.**

Ai sensi dell'art.2, comma 10, della legge 16 giugno 1998, n.191, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione sostitutiva di certificazione verrà presentata di persona, direttamente presso gli uffici dell'Azienda (in tal caso verrà sottoscritta dinanzi ad uno dei responsabili del procedimento deputato alla ricezione) ovvero inviata per il tramite del servizio postale unitamente a copia fotostatica, ancorchè non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore o, infine, presentata da una terza persona sempre con fotocopia del documento.