

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

Chiede

di essere ammesso alla graduatoria aziendale, valida per l'anno 2010, per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel servizio di continuità assistenziale e pertanto
Dichiara

sotto la propria responsabilità, essendo consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR 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 _____
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 essere/non essere iscritto in graduatoria della Regione Veneto anno _____ con punti _____;
- di avere/non avere superato con esito favorevole il corso biennale di medicina generale alla data del _____ a _____;
- di essere/non essere specializzato in _____ presso l'Università di _____ data _____ con voto _____/_____;
- di essere/non essere iscritto al _____ anno del corso triennale di medicina generale\corso di specializzazione in _____ presso _____
- di svolgere/non svolgere attualmente la seguente attività _____

presso _____ dal
_____ al _____ per n° _____ ore sett.li;

di avere svolto l'ultimo incarico nel Servizio di Continuità Assistenziale presso:

l'ASL n° _____ di _____ dal _____ al _____;

Note: _____

Data _____

Firma: _____

SI ALLEGA COPIA DI VALIDO DOCUMENTO D'IDENTITA'

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

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. I dati da Me forniti potranno essere comunicati ai Medici di Medicina Generale del territorio dell'ULSS n. 2 ai fini di quanto previsto dalla convenzione vigente.
3. Il trattamento sarà effettuato con le modalità manuale e/o informatizzata;
4. Il conferimento dei dati è obbligatorio per i fini di cui al suddetto punto 1 e l'eventuale rifiuto a fornire i medesimi potrebbe comportare la mancata attribuzione degli incarichi in argomento.
5. I dati potranno essere comunicati ad altre AULSS, 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 _____