

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE PRESSO GLI ISTITUTI PENITENZIARI DI BARCAGLIONE DI ANCONA E DI MONTACUTO DI ANCONA

**All'ASUR
AREA VASTA N. 2 – sede di Fabriano
U.O.C. DAT
MEDICINA CONVENZIONATA
Via Turati, 51 – 60044 FABRIANO**

PEC: areavasta2.asur@emarche.it

Il sottoscritto Dott. _____

dichiara di essere disponibile al conferimento di un incarico provvisorio di Continuità Assistenziale presso gli Istituti Penitenziari di Ancona (Barcaglione e Montacuto)

e, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000 anche per i reati di "falsità in atti" e "uso di atto falso", dichiara sotto la propria personale responsabilità di appartenere alla categoria di cui al punto:

- A) Medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
- B) Medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- C) Medici iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono (Regione Marche), fatta eccezione per gli incarichi di sostituzione, per i quali possono concorrere anche gli iscritti a tale corso in altre Regioni.;
- D) Medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994 e neo laureati;
- E) Medici iscritti ai corsi di specializzazione.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE EX ART. 46 DPR 445/2000

di essere nato a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____

di essere residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____

indirizzo: _____ n. _____

Telefono _____ cell. _____

indirizzo e-mail _____ PEC _____

di avere il seguente Codice Fiscale _____

di avere di non avere cittadinanza italiana

di essere cittadino di altro Paese U.E., incluse le equiparazioni di legge

Dichiara:

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui **all'art.13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30.6.2003** e ss.mm.ii. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data.....

Firma per esteso

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. _____
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti
falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000

dichiara
di essere in possesso di:

Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data ____/____/____ con voto ____/110
Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____
Iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal ____/____/____
Attestato di formazione in medicina generale (dlgs n. 256/91, 368/99, 277/03) conseguito il _____ presso: _____,
Attestato di Idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale/118 conseguito il _____ presso _____ (allegare in ogni caso fotocopia attestato)

Data _____

Firma del dichiarante _____