

**DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO,
PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE PRESSO L'AREA VASTA N. 2
PERIODO 01/07/2022-30/06/2023.**

Marca da
bollo
€ 16,00

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

Il sottoscritto Dott. _____

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria unica per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato e di sostituzione in Area Vasta 2 di Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, EST/118, attività presso i PAT e presso l'Aeroporto, A.T.P. (carceri, necroscopica, RSA ed altre attività distrettuali) e Guardia Medica Turistica.

Al momento dell'assegnazione dell'incarico il medico:

- Per l'incarico A.T.P., ai sensi dell'art. 37 dell'AIR/2007 dovrà dichiarare se detiene:
 - convenzione per l'Assistenza Primaria c/o _____ con assistiti n. _____ alla data del 31/03/2022;
 - convenzione per la Continuità Assistenziale c/o _____ a n. _____ ore sett.li dal _____;
 - convenzione nella Medicina dei Servizi c/o _____ a n. _____ ore sett.li dal _____;
- Per l'incarico EST/118 dovrà essere in possesso dell'Attestato di Idoneità all'esercizio del 118, **previsto dall'art. 66 del D.P.R. 484/96, dall'art. 22 del D.P.R. 41/91 e dall'art. 22, comma 5, del d.p.r. 292/87 che dovrà essere prodotto in copia fotostatica o autocertificato**

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:

- فأ A) Medici iscritti nella graduatoria regionale (Regione Marche) secondo l'ordine di punteggio.
- فأ 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.
- فأ C) Medici iscritti al Corso di Formazione specifica in Medicina Generale esclusivamente nella Regione Marche.

- PER IL SOLO AFFIDAMENTO DI INCARICO DI SOSTITUZIONE

- فأ C) Medici iscritti al Corso di Formazione specifica in Medicina Generale in altra Regione.
- فأ D) Medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.1994.
- فأ 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

di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno dal quale si possa accertare la regolare presenza in Italia

Dichiaro di non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17, comma 1, lettere a)-b)-c)-d) e) e comma 2, lettere a)-b)-c)-d) f).

Data.....

Firma per esteso

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n. 2016/679/UE e del Codice della Privacy, D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, si informa che:

- ~~1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento della formazione della graduatoria valida per l'anno 2021. Il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che informatici.~~
2. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, la S.V. non potrà essere inserita in detta graduatoria.
3. L'art. 7 del citato Decreto conferisce alla S.V. l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.
4. Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è l'Area Vasta n. 2 – ASUR MARCHE..

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 (D.lgs 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 _____ (a completamento della predetta autocertificazione è consigliabile allegare fotocopia dell'attestato)

Data _____

Firma per esteso _____

(non soggetta ad autenticazione)