



ASL
CITTÀ DI TORINO

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE**
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
Cod. fiscale/P.I. 11632570013
Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino
☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

Marca da bollo

€ 16,00

Alla S.C. Amministrazione del Personale e
Legale
Via San Secondo, 29
10128 - TORINO
Pec:
personale.convenzionato@pec.ascittaditorino.it

Domanda di ammissione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarichi annuali in qualità di Medici di Medicina Generale Convenzionati per l'ambulatorio delle non urgenze presso le sedi di Pronto Soccorso-DEA dei Presidi Ospedalieri dell'ASL CITTA' di TORINO e dell'A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA di TORINO ai sensi della D.G.R. n. 16-546 del 22/11/2019.

Il/la sottoscritto/a Dr. /Dr.ssa _____

Chiede di partecipare all'avviso in oggetto e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Di essere nato/a a _____ il _____
- Di risiedere a _____ Via _____
- Tel. _____ C.F. _____

Il domicilio e l'eventuale numero telefonico presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa alla selezione è il seguente:

..... E-mail

Indicare la sede ospedaliera prescelta (la scelta non è vincolante) :

- Ospedale Maria Vittoria Ospedale S. Giovanni Bosco Ospedale Martini
- A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

Si allega alla domanda:

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione
2. dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà per conformità originali
3. curriculum vitae
4. copia fotostatica di documento di identità personale in corso di validità

Luogo e data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(artt.38 e 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____
(Cognome e Nome)

con riferimento alla domanda di ammissione all'Avviso Pubblico per il conferimento di incarichi annuali, in qualità di Medici di Medicina Generale convenzionati per l'ambulatorio delle non urgenze, da espletarsi presso le sedi di Pronto Soccorso – DEA dei Presidi Ospedalieri dell'ASL CITTA' DI TORINO e dell'A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO ai sensi della D.G.R. n. 16-546 del 22/11/2019 **con scadenza il** _____

DICHIARA

- di essere in possesso del diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data _____ presso _____ del comune di _____ con la votazione di _____
- di essere abilitato all'esercizio della professione medica e iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di _____ n. Iscrizione _____ dall'anno _____
- di aver conseguito i seguenti altri titoli di studio (contrassegnare e completare le parti che interessano):
 - Attestato relativo al Corso di Formazione triennale in Medicina Generale conseguito nell'anno _____ presso _____
 - di essere iscritto al Corso di Formazione triennale in Medicina Generale anno _____ presso _____
 - di essere iscritto alla specializzazione in _____ anno _____ presso _____
 - di essere iscritto nella graduatoria anno _____ della Regione Piemonte per la Medicina Generale
 - di essere Medico Convenzionato che esercita solo attività di Assistenza Primaria sino a 1200 scelte
 - di essere Medico Convenzionato che esercita solo attività di Continuità Assistenziale fino a 24 h
 - di essere Medico Convenzionato che esercita attività di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale (Assistenza Primaria fino a 350 scelte e Continuità Assistenziale a 24 ore settimanali)
 - di essere Medico Convenzionato che esercita solo attività di Assistenza Primaria oltre le 1200 scelte
 - di essere Medico Convenzionato che esercita solo attività di Continuità Assistenziale a 38 h
 - di essere Medico in possesso dell'idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 rilasciato a seguito di superamento del relativo corso
 - di avere prestato attività lavorativa presso i DEA/PS della Regione Piemonte a decorrere dal _____ al _____ presso l'ASL _____

Il/La sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali che, a norma dell'art.76 del DPR n. 445/2000, l'art. 483 del Codice Penale prevede in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti.

Torino, lì _____ Il Dichiarante _____
(firma per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 196/2003 in materia di tutela della riservatezza, si evidenzia che i dati forniti con la presente dichiarazione saranno raccolti presso gli uffici aziendali per le finalità di gestione della selezione e potranno essere trattati successivamente per tutti gli aspetti contabili e amministrativi relativi alla selezione. In assenza del conferimento dei Suoi dati la pratica non potrebbe avere corso regolare.



ASL
CITTÀ DI TORINO

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE**
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
Cod. fiscale/P.I 11632570013
Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino
☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art.47 e Art.38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)
esente da bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n° ____ Cap. _____

D I C H I A R O

che le copie dei seguenti documenti, allegate alla presente dichiarazione, sono conformi agli originali:

Dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dei benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R.445/2000.

Dichiaro di essere informato, ai sensi delle disposizioni vigenti, che i dati forniti con la presente dichiarazione saranno raccolti presso la S.C. "Amministrazione del Personale e Legale" dell'ASL CITTA' DI TORINO e saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento concorsuale per il quale vengono resi ovvero, nel caso di costituzione del rapporto di lavoro, per le finalità inerenti alla gestione del rapporto stesso.

Torino, _____

Il dichiarante