



**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

Al Direttore  
della S.C. Amministrazione del Personale e Legale  
Dr.ssa Simonetta PAGANO  
PEC personale.convenzionato@pec.aslcitytorino.it

**DISPONIBILITA' ASSEGNAZIONE TURNI VACANTI**

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445  
da presentare unitamente ad una copia di un documento di identità

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
matricola \_\_\_\_\_ medico/professionista \_\_\_\_\_  
specializzato nella branca di \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Indirizzo PEC (obbligatorio) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 21, comma 1, dell'ACN 31/03/2020 di partecipare all'assegnazione dei turni vacanti per l'area professionale di:

- MEDICINA SPECIALISTICA                       PSICOLOGIA  
 BIOLOGIA

e in modo specifico, per le seguenti ore:

**DICHIARA DI ESSERE**

titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato, ai sensi dell'ACN 31/03/2020, con anzianità d'incarico dal \_\_\_\_\_ e attualmente in servizio presso:

l'ASL \_\_\_\_\_ per numero ore settimanali \_\_\_\_\_  
l'ASL \_\_\_\_\_ per numero ore settimanali \_\_\_\_\_

Torino, li \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

Per i turni con capacità professionali specifiche allegare il curriculum vitae e la scheda riassuntiva delle capacità professionali, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà. La stessa deve contenere riferimenti precisi e verificabili rispetto a condizioni oggettive quali: attività specifiche svolte, sedi di effettuazione, riferimenti dei Responsabili di servizio, descrizione del contesto di svolgimento, la durata ed eventuale casistica clinica di pertinenza professionale. La mancata presentazione del curriculum e della scheda riassuntiva delle competenze comporterà l'esclusione dalla partecipazione ai turni con capacità professionali



**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 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

(Cognome Nome)

(Luogo di Nascita – Provincia)

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

(Residenza Anagrafica)

indirizzo posta elettronica \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

consapevole di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 Dpr. 28.12.00, n. 445 ed in modo particolare delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano dichiarazioni non corrispondenti al vero e di essere a conoscenza che sulla presente dichiarazione saranno effettuati i controlli previsti dagli artt. 70 e seguenti del Dpr. 445/00

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data

-----

Il/La dichiarante

-----

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
(indicare profilo o qualifica professionale) della S.C. Amministrazione del Personale e Legale, attesto  
che la presente dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante del quale ho accertato  
l'identità mediante \_\_\_\_\_

Luogo e data

-----

Il (pubblico ufficiale)

-----



**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

(Art. 13 D.lg. 196/03)

Il/La sottoscritto/a ..... dichiara di essere a conoscenza che i dati contenuti nella presente autocertificazione sono trattati con procedure prevalentemente informatizzate e solo nell'ambito del procedimento per il quale sono conferiti e sono conservati dalla ASL Città di Torino - S.C. Amministrazione del Personale e Legale -, nel rispetto del D. lg. 196/03, per il periodo strettamente necessario per l'utilizzo dei dati stessi nell'ambito dell'attività amministrativa correlata.

Il conferimento e la raccolta dei dati è obbligatoria per l'istruzione del procedimento di cui trattasi e, trattandosi di dati sensibili è effettuata ai sensi dell'art. 4 Dpr 445/00: in assenza del loro conferimento il provvedimento finale non potrà essere emanato.

I dati contenuti e raccolti con la presente autocertificazione potranno essere comunicati agli altri servizi dell'ASL Città di Torino ed alle altre amministrazioni solo nei limiti e nella quantità strettamente necessaria ad assolvere le finalità di loro competenza ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

Presso il titolare del trattamento dei dati, l'interessato può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.lg. 30.06.03, n. 196.

Il Titolare dei dati è il Direttore Generale dell'ASL Città di Torino ed il Responsabile del Trattamento dei dati è il Direttore SC Amministrazione del Personale e Legale. Si fa altresì presente che l'elenco dei Responsabili dei trattamenti dei dati della ASL Città di Torino. è reperibile sul sito Internet [www.aslcittaditorino.it](http://www.aslcittaditorino.it), sezione "Amministrazione trasparente".

Firma

-----