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

Alla S.C. Politiche de Personale, Relazioni Sindacali e
Gestione Strategica Risorse Umane Settore CNU – M.S.A.
Via San Secondo 29 – 10128 Torino

DOMANDA PER LA CANDIDATURA A
REFERENTE DI AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE (A.F.T.)
DEGLI SPECIALISTI, MEDICI VETERINARI E PROFESSIONISTI AMBULATORIALI

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

nato/a a _____ il _____

recapito telefonico_____ e-mail _____

specializzato/a in _____ in data_____

PRESENTA LA PROPRIA CANDIDATURA COME REFERENTE DI AFT

considerato l'art. 2 dell' accordo integrativo regionale DGR n.18 -6462 e consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art.46 D.P.R. n.445/2000,

DICHIARA DI

- essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso l'A.S.L. Città di Torino a far data dal _____ , con impegno orario complessivo non inferiore a 19 ore settimanali e, più precisamente, di svolgere:

  n° ore _____ presso il Distretto_____

  n° ore _____ presso il Distretto _____

- possedere la seguente formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche o private in tema di problematiche connesse al governo clinico e di integrazione professionale, inclusi corsi di alta formazione universitaria : (allegare certificato di conseguimento corso)
  _____

- aver svolto le seguenti precedenti attività di responsabilità aziendale, ivi compreso l'incarico di responsabile di Branca, anche come sostituto e l'incarico presso l'UCAD:
  _____

  _____

- Garantire lo svolgimento della funzione di referente della AFT con continuità per una durata non inferiore a 3 anni;

- *Autorizzare il trattamento dei dati presenti nella domanda ai sensi DLgs 101/2018 e del GDPR (Regolamento europeo UE 2016/679) per le finalità per le quali sono state acquisite.*

Luogo e data _____

Firma del dichiarante *(per esteso e leggibile)*

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