

OGGETTO: AVVISO DI ACQUISIZIONE DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' DI MEDICINA GENERALE NELLE UNITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (UCA).

Il/La sottoscritto/a (*cognome*) _____
(*nome*) _____ nato/a il _____ a
_____ (prov. _____), Codice Fiscale n.
_____, residente in _____
alla Via _____ n. _____, c.a.p. _____,
recapito Tel. _____ recapito Cell. _____,
e-mail _____,

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere:

- a) Medico di Continuità Assistenziale (MCA), anche già titolari di incarico a tempo indeterminato/determinato;
- b) Medico in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale;
- c) Medico che frequentano il corso di formazione in medicina generale, compatibilmente con la frequenza dei seminari;
- d) Laureato in medici e chirurgia abilitati ed iscritti all'Ordine dei Medici di _____ con il n. _____;

DICHIARA

- a) dove presta servizio: _____;
- b) di godere dei diritti politici ed il Comune nelle cui liste elettorali sono iscritto _____ oppure di non essere iscritto per determinati motivi e specificare quali: _____;
- c) di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso che impediscano il costituirsi del rapporto con la P.A. ed in caso positivo indicare quali: _____;
- d) in merito alle esperienze maturate nell'ambito dell'attività lavorativa:
 - o Di essere medico di medicina generale con pregressa esperienza nelle attività delle ex USCAD nel periodo _____ presso l'ASL di _____
 - o Di non essere formato nelle procedure di accesso, gestione ed utilizzo dei DPI e di essere comunque disponibile a seguire appositi percorsi formativi.

Luogo/data _____

Firma _____

N.B.: si allega documento d'identità in corso di validità