

Dipartimento Cure Primarie e C.A.  
Titolario II-05.01

**AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO  
DETERMINATO NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE STAGIONALE  
NELLE LOCALITA' TURISTICHE – ESTATE 2015**

In attesa di approvazione della delibera della Giunta Regionale ed in esecuzione alla delibera n. 23 del 24.04.2015 si invitano i concorrenti che intendono partecipare all'anzidetto Avviso Pubblico ad inoltrare all'Azienda Sanitaria Locale di Sondrio regolare domanda in carta libera.

**REQUISITI DI AMMISSIONE**

Gli aspiranti all'incarico a tempo determinato dovranno essere:

- laureati in Medicina e Chirurgia
- abilitati all'esercizio della professione
- iscritti all'Ordine dei Medici;
- non essere in situazione di incompatibilità

**DOMANDA DI AMMISSIONE**

Le domande di partecipazione per il conferimento dell'incarico, redatte in carta libera secondo il modello allegato e corredate da copia di documento di identità, dovranno pervenire al Dipartimento Cure Primarie e CA di questa Azienda Sanitaria Locale Via N. Sauro, 38 - 23100 SONDRIO **entro e non oltre le ore 13.00 del giorno 15 maggio 2015** non sarà ritenuta valida la data del timbro postale.

E' possibile inviare la domanda anche tramite Fax al numero 0342-555805 o all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata [protocollo.pec@aslsondrio.it](mailto:protocollo.pec@aslsondrio.it) da Posta Elettronica Certificata.

Nella domanda l'aspirante, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti, deve dichiarare:

- data e luogo di nascita
- codice fiscale
- indirizzo di residenza/domicilio
- recapito telefonico
- possesso della laurea con indicazione della data di conseguimento e votazione
- iscrizione all'Ordine dei Medici
- abilitazione all'esercizio della professione
- codice ENPAM
- numero di partita IVA
- possesso della patente B in corso di validità
- disponibilità all'uso del proprio automezzo

Dipartimento Cure Primarie e C.A.  
Titolario II-05.01

### DISPOSIZIONI VARIE

I Medici incaricati dovranno prestare la propria attività in conformità a quanto previsto dall'apposito Regolamento Regionale e con le modalità (orari, reperibilità, ecc..) che verranno fissate dal Dipartimento Cure Primarie e CA di questa Azienda.

E' fatto obbligo, al Medico, al fine del conferimento dell'incarico il possesso della patente B in corso di validità e l'utilizzo dell'automezzo proprio.

L'ASL di Sondrio si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare in ogni momento il presente Avviso.

Per informazioni e chiarimenti i Medici potranno rivolgersi al Dipartimento Cure Primarie e C.A. dell'Azienda Sanitaria Locale di Sondrio Tel. 0342 - 555750.

  
**IL DIRETTORE GENERALE**  
Dott. Mauro Lovisari



Il/La sottoscritt. ....

**CHIEDE**

di partecipare all'Avviso Pubblico per il conferimento di un incarico a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale Stagionale nelle località turistiche – Inverno 2014/2015.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

*(barrare tutte le caselle corrispondenti alle dichiarazioni effettuate)*

1.  di essere nato/a a ..... il .....
2.  di essere residente a ..... in via .....
3.  di essere in possesso della cittadinanza .....
4.  di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di .....  
 di non essere iscritto nelle liste elettorali per i seguenti motivi:.....
5.  di essere in possesso del seguente codice fiscale.....
6.  di non aver subito condanne penali  
 di non aver condanne per reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale ovvero di non essere irrogato da sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori  
 di aver riportato le seguenti condanne penali .....
7.  di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data ..... presso ..... con votazione...../.....
8.  di essere in possesso dell'abilitato all'esercizio della professione conseguita in data ..... presso .....
9.  di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di ..... a decorrere dal ..... con n. ....
10.  di essere in possesso del Codice ENPAM n.....
11.  di essere in possesso della Partita IVA n.....
12.  di usufruire del regime fiscale di vantaggio  si  no
13.  di essere in possesso della patente di guida in corso di validità
14.  di essere disponibile all'uso dell'automezzo proprio per l'espletamento del Servizio
15.  di non essere in situazione di incompatibilità
16.  di dare il consenso al trattamento dei propri dati per le finalità indicate nell'avviso pubblico
17.  di aver preso atto di tutte le condizioni stabilite nell'avviso pubblico e nella presente domanda
18.  di voler ricevere ogni comunicazione al seguente indirizzo: via ..... n.....  
CAP..... Città..... tel..... cell.....  
e-mail .....

Si allega alla presente domanda copia fotostatica del documento di identità in corso di validità.

Luogo e data

Firma