

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 – INVERNO 2015/2016**

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
- essere abilitati all'esercizio della professione
- essere iscritti all'Ordine dei Medici
- essere in possesso della patente di guida categoria B
- essere disponibili all'utilizzo dell'automezzo proprio
- 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 27 novembre 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 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
- indirizzo di residenza
- codice fiscale
- recapito telefonico
- possesso della laurea con indicazione della data di conseguimento e la votazione
- iscrizione all'Ordine dei Medici
- abilitazione all'esercizio della professione
- possesso della patente B in corso di validità
- disponibilità all'uso del proprio automezzo

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

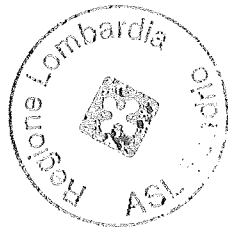
DISPOSIZIONI VARIE

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

A handwritten signature in black ink, appearing to be "M. Lovisari", written over the printed name.

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; 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

(compilare in modo chiaro e leggibile tutti i campi pena esclusione dalla graduatoria)

1. di essere nato/a a il
2. di essere residente a in via
3. di essere in possesso della cittadinanza
4. di essere in possesso del seguente codice fiscale.....
5. di aver/non avere subito condanne penali e 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 minor.
6. in caso di risposta affermativa al punto 5 indicare quali condanne penali
7. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data presso..... con votazione/110 e Lode si no
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 della patente di guida categoria B in corso di validità
11. di essere disponibile all'uso dell'automezzo proprio per l'espletamento del Servizio di Continuità Assistenziale Stagionale nelle località turistiche
12. di dare il consenso al trattamento dei propri dati per le finalità indicate nella presente domanda
13. di aver preso atto degli Accordi Nazionali e Regionali vigenti, delle disposizioni organizzative aziendali inerenti le modalità di esercizio dell'attività di continuità assistenziale stagionale nelle località turistiche e di tutto quanto stabilito nella presente domanda
14. di voler ricevere ogni comunicazione al seguente n. di cell..... e al seguente indirizzo e-mail
15. di allegare copia del documento di identità in corso di validità: tipo..... n.....

Luogo e data

Firma