



Bollo da € 16,00

Sc. Medicina Convenzionata
medconvenzionata.oristano@pec.atssardegna.it

OGGETTO: Manifestazione di interesse per l'attribuzione di incarichi a tempo determinato di Medico di Medicina dei Servizi presso l'Istituto Penitenziario Casa Circondariale S. Soro di Massama - Oristano.

Il/la sottoscritto/a Dottor/Dott.ssa. _____

Chiede

di essere inserito nella Graduatoria della A.S.L. di Oristano per l'attribuzione di incarichi a tempo determinato per la Medicina dei Servizi - Istituto Penitenziario Casa Circondariale di Massama - Oristano.

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., e sotto la propria personale responsabilità

Dichiara

- di essere nato/a a _____ il _____;
- di essere residente a _____ (Prov. _____)
CAP. _____ in Via _____, n. _____
telefono _____ e mail _____;
- di essere laureato/a dal (giorno – mese - anno) _____ con la votazione
di _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di essere iscritto/a all'Albo Professionale dei Medici e Chirurghi presso l'Ordine Provinciale
di _____ in data _____ numero di iscrizione _____;

1) Per i Medici già operanti presso gli Istituti Penitenziari e i Centri per la Giustizia Minorile: di operare / aver operato in qualità di Medico presso Istituti Penitenziari o Centri per la Giustizia Minorile
Si / No - se Si indicare:

- a) Presso quale/i Istituto/i _____;
- b) decorrenza dell'incarico dal _____ al _____;



DIPARTIMENTO RISORSE UMANE
SC Medicina Convenzionata

dal _____ al _____;

dal _____ al _____;

c) data di cessazione dell'incarico _____;

2) Per i Medici non in possesso dei requisiti di cui al punto 1 - in quanto non operanti presso Istituti Penitenziari e Centri di Giustizia Minorile;

a) Medici inseriti nella graduatoria regionale della Medicina Generale vigente (valida per l'anno 2019); *barrare: Si* (se inserito) / *No* (se non inserito) ;

b) Medici non inseriti nella graduatoria regionale della Medicina Generale vigente in possesso dell'attestato dei M.M.G.; *barrare: Si* (se con attestato) / *No* (se senza attestato)

se *Si* - data conseguimento attestato _____ presso la sede di _____;

c) Medici iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale; *barrare: Si* (se iscritto) / *No* (se non iscritto) se *Si* - indicare l'anno _____;

d) Medici non inseriti nella graduatoria regionale della Medicina Generale che abbiano acquisito l'abilitazione professionale alla data 31/12/2019 e non siano in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale e che non siano iscritti a scuole di specializzazione o di formazione in Medicina Generale; *barrare: Si* (se abilitato) / *No* (se non abilitato) .

se *Si* - data conseguimento abilitazione _____;

e) Medici iscritti alla scuola di Specializzazione; *barrare: Si* (se iscritto) / *No* (se non iscritto) - se *Si* - indicare l'anno di iscrizione _____;

IL Sottoscritto dichiara altresì di aver preso conoscenza della normativa vigente per gli incarichi in oggetto e dell' ACN vigente per i M.M.G e per i Medici dei Servizi e del relativo Accordo Integrativo Regionale.

Allega: fotocopia di un proprio documento di identità in corso di validità.

Chiede, infine, che ogni comunicazione venga trasmessa via pec al seguente indirizzo:

DATA

FIRMA DEL MEDICO

I dati personali sopra riportati vengono forniti al fine del conferimento di incarichi a tempo determinato per la Medicina dei Servizi presso l'Istituto Penitenziario di Massama ai sensi dell' Art. 13 D.Lgs. N° 196/03.