

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PER L'ASSISTENZA SANITARIA

NOTTURNA AI TURISTI – STAGIONE ESTIVA 2015.

(avviso pubblico prot. n. 23676 del 17.04.2015 )

MARCA

DA

BOLLO

€ 16,00

AL DIRETTORE GENERALE

Azienda Unità Locale Socio Sanitaria n. 10

“Veneto Orientale”

Piazza de Gasperi n. 5

**30027 - SAN DONA' DI PIAVE**

Il/la sottoscritto/a Dr./ssa \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via /piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

indirizzo pec \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il conferimento dell'incarico per l'assistenza sanitaria ai turisti nelle località balneari dell' azienda u.l.s.s. n.. 10 , come da pubblicazione del presente avviso all'albo aziendale e nel sito web istituzionale del \_\_\_\_\_ .  
Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

altresì:

- di essere/non essere inclus\_\_ nella graduatoria regionale unica vigente, con punti \_\_\_\_\_;
- di avere/non avere in atto altri incarichi di alcun genere, a titolo di dipendenza o autonomo, nel periodo 1° giugno 2015 – 31 agosto 2015; (in caso positivo indicare quali)

- di essere/non essere stato, nel corso dell'ultimo biennio antecedente alla data di pubblicazione dell'avviso pubblico di prot. n. 23676 del 17.04.2015, destinatario di sanzioni disciplinari, quali previste dall' art. 30 – comma 7 (gravi violazioni) dell' accordo collettivo nazionale medici di medicina generale 23.03.2005 e successive modifiche ed integrazioni, a seguito di inadempimenti a disposizioni previste dal predetto accordo nazionale di categoria, dal regolamento aziendale per il servizio di medicina turistica o da atti equivalenti previsti da altre aziende sanitarie (in caso positivo indicare quali);

- di aver conseguito la laurea in medicina e chirurgia il \_\_\_\_\_  
presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

- esame di Stato presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- di essere iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

- di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma