

Spett.le
Centro Servizi Anziani di Adria

pec: csaadria.segreteria-protocollo@pec.it

OGGETTO: Richiesta inserimento nell'elenco dei medici disponibili ad assumere l'incarico di medico curante nella struttura del Centro Servizi Anziani di Adria

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____, via _____ n. _____

Tel. _____ cell. _____

E mail _____

Pec _____

CHIEDE

di essere inserito/a nell'elenco dei medici disponibili ad assumere l'incarico di medico curante nella struttura del CSA di Adria.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dei benefici conseguiti sulla base di dichiarazione mendace ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 28.12.2000 n.445.

DICHIARA

di svolgere attualmente attività quale medico di: _____

Presso: _____

di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia conseguita il _____

e di essere iscritto/a all'Ordine Provinciale dei medici Chirurghi e Odontoiatri di _____,

al n° _____

di avere le seguenti ulteriori attività/incarichi che possano rilevare ai fini dell'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità e/o conflitto di interesse in relazione all'incarico da conferire, ovvero altre situazioni che l'Ente sia tenuto a valutare ai fini del conferimento dell'incarico (es: condanne penali, procedimenti disciplinari, revoca del rapporto convenzionale, ecc.): _____

Il/La sottoscritto/a si impegna infine, in caso di conferimento dell'incarico, a fornire copia della polizza assicurativa, adeguata all'incarico di medico curante, che verrà allegata al contratto quale parte integrante dello stesso.

Dichiara infine

di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali, ex art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, allegata al presente avviso;

di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Luogo, data _____

Firma (per esteso) _____

Allega:

- Titolo di studio (laurea in medicina);
- Iscrizione albo professionale;
- Copia del documento di identità in corso di validità;
- Curriculum vitae.