

ASL TERAMO
DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERR.LE
U.O.C. ATTIVITA' AMM.VE ASSISTENZA
TERRITORIALE E DISTRETTUALE
Ufficio Medicina Convenzionata
Circonvallazione Ragusa, 1
64100 TERAMO

cast@pec.aslteramo.it

N. codice identificativo marca da bollo (14 cifre)

I sottoscritt_ dott. _____

nat_ il _____ a _____

residente in _____ CAP _____

via _____ n. _____ tel. _____ cell. _____

C. Fiscale _____

indirizzo di posta elettronica (**leggibile**) _____ @ _____

indirizzo di posta P.E.C. (**leggibile**) _____ @ _____

DICHIARA: (barrare le caselle interessate)

- la propria disponibilità a ricoprire eventuali incarichi a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale;
- la propria disponibilità a ricoprire eventuali incarichi a tempo determinato nel Servizio di Guardia Turistica;
- la propria disponibilità a ricoprire eventuali incarichi a tempo determinato nel servizio di E.S.T. "118" (**solo se in possesso dell'attestato di idoneità all'Emergenza sanitaria Territoriale "118"**);
- la propria disponibilità a ricoprire eventuali incarichi provvisori/sostituzioni nell'ambito dell'Assistenza Primaria.

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ presso l'Università di _____ con voto _____;
- di essere abilitat__ all'esercizio della professione medica dal _____;
- di essere iscritt__ all'Albo dei Medici della Provincia di _____ dal _____;
- di essere/non essere iscritt__ nella graduatoria regionale della Regione Abruzzo valevole per l'anno 2021 – Settore Continuità Assistenziale al n. _____ con punti _____; - Settore Emergenza Sanitaria Territoriale "118" al n. _____ con punti _____;
- di avere/non avere acquisito l'attestato di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D. Lgs. N. 259/91 in data _____;
- di essere/non essere iscritt__ al seguente corso di specializzazione _____ dal _____ al _____;
- di essere/non essere iscritt__ al corso di formazione specifica in Medicina Generale nella Regione _____ dal _____ al _____;
- di essere incondizionatamente idone__ alle mansioni proprie da ricoprire per le attività richieste;
- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17, vigente A.C.N. per la Medicina Generale e s.m.i.;
- di essere disponibile a ricoprire l'incarico su tutto il territorio Aziendale;
- di assicurare, in proprio, la disponibilità del mezzo di trasporto per gli interventi esterni all'ambulatorio.

Data _____

Firma _____

N.B. Allegare: 1) copia del documento di riconoscimento

2) modulo attestazione di pagamento imposta di bollo