

Marca da bollo  
Euro  
16,00

ALL'AZIENDA ULSS. N. 12  
U.O.C. Medicina Convenzionata e  
Rapporti in Convenzione  
Via Don Federico Tosatto, 147  
30174 - VENEZIA - MESTRE

OGGETTO: Domanda di inserimento in graduatoria Aziendale per incarichi di Continuità Assistenziale anno 2017.

Il/La sottoscritto/a Dr. \_\_\_\_\_ ;  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;  
Tel/cell \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ ;

### CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria Aziendale per incarichi di :

- Servizio di Continuità Assistenziale
- Servizio di Continuità Assistenziale presso gli Istituti Penitenziari di Venezia
- Servizio di Assistenza Sanitaria ai Turisti

Ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti e di uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, e consapevole delle decadenze dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

- Di essere iscritto/a in graduatoria regionale vigente con punti \_\_\_\_\_;
- Di essere in possesso del diploma di formazione specifica in MG o equipollenti, cioè abilitati entro il 31/12/1994;
- Di aver conseguito laurea in Medicina e Chirurgia con voti \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ presso l'Università \_\_\_\_\_ ed abilitato/a all'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- Di essere iscritto/a presso l'Università di \_\_\_\_\_ al corso di formazione specifica in Medicina Generale ovvero al corso di Specializzazione in \_\_\_\_\_;
- Di essere residente dal \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_;
- Di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ e che non sussistono procedimenti disciplinari in corso a proprio carico;

- Di svolgere attualmente la seguente attività \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per n. di ore settimanali \_\_\_\_\_;
- Di aver svolto/svolgere attività presso l'Istituto Penitenziario \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per n. di ore settimanali \_\_\_\_\_;
- Di aver svolto/svolgere attività presso l'Azienda ULSS 12 Veneziana:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per n. di ore settimanali \_\_\_\_\_;  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per n. di ore settimanali \_\_\_\_\_;  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per n. di ore settimanali \_\_\_\_\_;

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma )

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 si autorizza che i dati personali forniti in relazione alla presente procedura, vengano trattati esclusivamente per le finalità di gestione delle medesime e dell'eventuale rapporto contrattuale ad essa conseguente.

( segnare con una crocetta la voce d'interesse)

**SI ALLEGA COPIA DI VALIDO DOCUMENTO D'IDENTITA'**