

DOMANDA DI AMMISSIONE

Raccomandata a.r.

AL DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA USL8 DI AREZZO
c/o UFFICIO PROTOCOLLO
Via Curtatone n.56
52100 AREZZO

OGGETTO: Domanda di ammissione al Corso di Idoneità all'esercizio di attività di Emergenza Sanitaria Territoriale - anno formativo 2011.

Il Sottoscritto:

Cognome.....Nome.....

Nata/o nel Comune diProv.

Data nascita.....

Residente nel Comune di Prov.

CAP.....Via

N. civico.....Telefono abitazione.....Tel.mobile.....

Fax.....

e-mail:.....

CODICE FISCALE

PARTITA IVA

Indirizzo per eventuali comunicazioni (se diverso dalla residenza)

.....

.....

CHIEDE

- Di partecipare al Corso di Idoneità all'esercizio di attività di emergenza territoriale di cui all'avviso pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana N.....del

A tal fine, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, ai sensi del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di essere medico incaricato di servizio di continuità assistenziale residente nel territorio dell' Azienda U.S.L.8 Arezzo, con anzianità di incarico pari ad anni ___ mesi ___ giorni ____,

a tempo indeterminato determinato in servizio/svolto presso le seguenti Aziende sanitarie :

_____ Regione _____;

_____ Regione _____;

_____ Regione _____;

Di essere medico incaricato di servizio di continuità assistenziale residente nel territorio limitrofo all' Azienda U.S.L. 8 Arezzo (specificare Azienda _____), con anzianità d'incarico pari ad anni ___ mesi ___ giorni ____, a tempo indeterminato determinato

in servizio/svolto presso le seguenti Aziende sanitarie :

_____ Regione _____;

_____ Regione _____;

_____ Regione _____;

Di essere medico incaricato di servizio di continuità assistenziale presso l'Azienda USL ___ della Regione Toscana con anzianità di incarico pari ad anni ___ mesi ___ giorni ____,

a tempo indeterminato determinato;

Di essere medico incluso nella graduatoria vigente della Regione Toscana con punteggio pari a punti _____ Settore _____;

Di essere medico non incluso nella vigente graduatoria della Regione Toscana;

Di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito nel mese _____ dell'anno _____ con voto _____, presso l'Università degli Studi di _____

Regione _____;

Di essere iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici della Provincia di _____

N. ord. _____;

Di non aver riportato condanne penali né avere procedimenti penali in corso;

Di aver riportato le seguenti condanne o di avere i seguenti procedimenti penali pendenti

Di non aver partecipato con esito negativo ad altri corsi per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio di Emergenza Sanitaria Territoriale istituiti da questa o da altre Aziende sanitarie della Regione Toscana negli ultimi 12 mesi dalla data di pubblicazione del presente avviso nel B.U.R.T.;

Il sottoscritto autorizza l'Azienda Sanitaria 8 - Arezzo al trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del D.Lgs.vo n. 196/03.

Documentazione allegata alla domanda: copia documento di identità, copia tesserino codice fiscale e certificazioni di servizio delle dichiarazioni rese.

Data Firma
(N.B. scrivere in stampatello)