

Domanda di Partecipazione

Al Direttore Generale ASP PALERMO
per il tramite del
Comitato Consultivo Zonale n. 1
Via Giacomo Cusmano 24
90141 –PALERMO

OGGETTO: avviso pubblico di graduatoria aziendale ASP PALERMO per il conferimento di incarichi di sostituzione di medici specialisti ambulatoriali interni e/o a tempo determinato ai sensi degli artt. 40 e 23 dell’A.C.N. 29/07/2009

Il/la sottoscritto/a Dott. _____,
nato/a a _____, il _____ e residente a
_____ in Via _____ n° _____
Cap. _____ Tel _____ Cell. _____

CHIEDE

di partecipare all’avviso pubblico in oggetto del 22/07/2014 per la branca specialistica di _____.

A tal fine,

- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al procedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all’art. 75 del richiamato D.P.R.;
- ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 28/12/2000, n. 445;
- sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

1. di possedere il diploma di laurea in _____ (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria) con voto _____/110_____ conseguito presso l’Università di _____ in data _____
2. di essere abilitato all’esercizio della professione di _____ (medico e chirurgo o odontoiatra,) nella sessione _____ presso l’Università di _____
3. di essere iscritto all’Albo Professionale _____ (dei medici chirurghi o degli odontoiatri) presso l’Ordine Provinciale di _____ dal _____

4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____
in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

6. di essere nella seguente posizione:

a) di avere / non avere (1) un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale;

b) svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale convenzionato;

c) essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta;

d) esercitare / non esercitare (1) la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente;

e) operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N. – in caso affermativo, indicare l'Azienda _____

f) svolgere / non svolgere (1) attività fiscali per conto di Aziende -in caso affermativo indicare l'Azienda _____

g) essere / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e s.m.i. o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.L.vo n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni (s.m.i.);

h) essere / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e s.m.i., o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lvo n. 502/92 e s.m.i.;

i) operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 43 della legge n. 833/78 e dell'art. 8-ter del D.L.vo n. 229/99;

l) essere / non essere (1) titolare di incarico nei servizi di guardia medica ai sensi del D.P.R. n. 292/87 e s.m.i. o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e s.m.i.

Data _____ **Firma per esteso** _____

Allegare fotocopia di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

(1) cancellare la parte che non interessa