

Spett.le
ATS DI BERGAMO
Dipartimento Cure Primarie
Ufficio Convenzioni
Via Gallicciolli n.4
24121 BERGAMO

-/- sottoscritt_ _____ nat_ a _____
il _____ residente a _____ in via _____
tel _____

CHIEDE

di essere ammess_ a partecipare all'avviso per il conferimento di incarichi per l'assistenza medica stagionale nelle località turistiche dell'ATS di Bergamo per la stagione estiva 2017, con assegnazione, preferibilmente, nella zona di _____
per il periodo dal _____ al _____.

All'uopo, avvalendosi della facoltà concessa dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la sua personale responsabilità, dichiara:

- 1) di essere cittadin _____;
- 2) di non aver riportato condanne penali (in caso affermativo indicare le condanne penali);
- 3) di essere in possesso dei seguenti titoli richiesti dal bando quali requisiti di ammissione:
 - a) diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data _____
presso _____ con la votazione di _____;
Età alla data di conseguimento del Diploma di Laurea
Anni _____ Mesi _____ Giorni _____
 - b) abilitazione all'esercizio della professione conseguita in data _____
presso _____;
 - c) iscrizione all'Ordine dei Medici della provincia di _____
a decorrere dal _____ al n° _____;

V.B.

- 4) di essere/non essere inserit_ al numero _____ della graduatoria di Continuità Assistenziale della Regione Lombardia per l'anno 2017;
- 5) di essere in possesso della patente di guida e di automezzo proprio da utilizzare per l'espletamento del servizio;
- 6) di indicare, altresì, come segue il domicilio presso il quale deve essere data ogni comunicazione relativa al presente avviso
-

I sottoscritt_ dichiara inoltre di aver preso atto di tutte le condizioni stabilite nell'avviso e nella presente domanda, nonché delle disposizioni di cui all'ACN per i Medici di Medicina Generale sottoscritto in data 29.07.2009 e delle condizioni di non inclusione nella graduatoria o di revoca dell'incarico già conferito.

Acconsente al trattamento dei propri dati per le finalità indicate nell'avviso pubblico.

Data, _____

Firma (a)

Legenda

- (a) La presente domanda in quanto vale anche quale dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà deve:
essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto
ovvero
essere sottoscritta e presentata allegando copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore stesso.

f.b.