

AI DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO
Via Nizza, 146
84124 Salerno

Il/la sottoscritt... Dr. _____ nat... a, _____
il _____ residente in _____ Cap _____ alla via _____
Tcl. _____ laureat... il _____ / _____ / _____ con voto _____ /110

Presso l'Università degli Studi di _____
Abilitat... all'esercizio della professione medica nell'anno _____ Iscritt... all'Ordine dei Medici
della Provincia di _____ dal _____ con numero iscrizione _____ chiede, in applicazione del
vigente Accordo Regionale, di essere inserit... nella graduatoria dei Medici addetti a svolgere attività di Medico sostituto
c/o i presidi di Continuità Assistenziale dell'ASL SALERNO.
A tal uopo ...I... scrivente dichiara:

~~(barrare le voci che non interessano)~~

- **di essere/non essere** inserit... nella Graduatoria Regionale Definitiva anno 2013 valevole per l'anno 2014 di cui al B.U.R.C. Numero 19 del 24/03/2014 alla posizione con punti.....;
- **di essere/non essere** in possesso del Corso di Formazione di Medicina Generale;
- **di essere/non essere** in possesso dell'attestato del Corso di Formazione per l'Emergenza Territoriale
- **di frequentare/non frequentare** Corso di Specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- **di frequentare/non frequentare** Corso di Formazione specifica in Medicina Generale;
- **di essere disponibile/non essere disponibile** a effettuare sostituzioni c/o le AA.SS.LL. confinanti con l'ASL SALERNO.
- **di essere disponibile/non essere disponibile** ad effettuare servizio di reperibilità (indicare un solo Distretto)

Il sottoscritto, consapevole che le convocazioni per le sostituzioni avverranno esclusivamente per **Posta Elettronica Certificata**, indica di seguito, il proprio indirizzo e-mail in **PEC** (per motivi di chiarezza indicare, in maniera leggibile, anche in stampatello)

INDIRIZZO E-MAIL IN **PEC** PER CONVOCAZIONE
stampatello

- a tal proposito dichiara, di essere consapevole delle responsabilità penali previste dall'art.76 DPR 445/00 cui va incontro chi fornisce notizie false o mendaci, anche parzialmente e che i dati riportati in prospetto sono corrispondenti al vero;
- dichiara di impegnarsi, a comunicare con la massima tempestività ogni variazione del proprio status che dovesse comportare incompatibilità con gli incarichi di sostituzione;
- autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto della legge sulla Privacy e successive modificazioni e integrazioni, e l'utilizzo di essi ai fini della organizzazione e programmazione Sanitaria;

FIRMA

Li