All. 2

Avviso pubblico per l'aggiornamento dell'elenco aziendale annuale dei medici disponibili a svolgere le funzioni di assistenza medica a favore degli ospiti non autosufficienti dei Centri di Servizi dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti - Fac simile domanda.

(medici non di assistenza primaria o di continuità assistenziale in servizio presso l'Azienda ULSS 1 Dolomiti)

All'Azienda ULSS n.1 Dolomiti di Belluno

Da trasmettere a mezzo email al seguente indirizzo convenzioni@aulss1.veneto.it

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ e residente a _____ , via _____, n. _____ tel _____ indirizzo email _____ PEC _____

dichiara

di essere disponibile a svolgere le funzioni di assistenza medica a favore degli ospiti non autosufficienti dei Centri di Servizi dell'Azienda ULSS 1 Dolomiti con preferenza per la/le seguente/i struttura/e _____

_____

A tal fine, sotto la propria disponibilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara inoltre:

□ di aver conseguito la laurea in medicina e chirurgia il _____ presso l'Università degli studi di _____ in data _____ ;

□ di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____ ;

□ di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e di essere incluso nella graduatoria regionale 2018 degli aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale;

□ di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e di non essere incluso nella graduatoria regionale 2018 degli aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale;

□ di essere in possesso di una delle seguenti specializzazioni:

- Geriatria
- Medicina interna
- Fisiatria
- o altre attinenti al ruolo di medico curante _____

□ di aver svolto/svolgere attività di assistenza medica nei Centri di Servizi (medico curante), anche come sostituto, riportando i seguenti dati:

Periodo	Struttura e luogo
_____	_____
_____	_____

_____ _____

□ di svolgere attività di medico di assistenza primaria presso l'Azienda ULSS _____ dal _____ con nr. _____ assistiti _____ e di esercitare/non esercitare in via esclusiva attività convenzionata di assistenza primaria a favore dei propri assistiti da almeno tre anni

□ di essere medico di assistenza primaria con incarico provvisorio presso l'Azienda ULSS _____ dal _____ al _____ ;

□ di essere medico di continuità Assistenziale presso l'Azienda ULSS _____ con incarico a tempo indeterminato/provvisorio dal _____al_____;

□ di svolgere attualmente la seguente attività _____ presso _____.

Chiede che eventuali comunicazioni inerenti l'incarico vengano fornite al seguente indirizzo:

_____

Data, _____ Firma _____