

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI
PROVVISORI
NEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118 A.S.P. COSENZA**

**Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza
Ufficio Protocollo [Pro Servizio
«SUEM»]
Via degli Alimena, 8
87100 Cosenza**

Il/La sottoscritt _____ nat. il _____

a _____ residente a _____

cap _____ via/Piazza _____ n. _____

Codice Fiscale _____

laureat_ Università di _____ il _____ con voti _____ iscrizione Ordine Medici di _____

_____ n° _____ telefono _____ cell. _____

Attestato di idoneità all'Emergenza Sanitaria Territoriale conseguito il _____ c/o Regione _____

e mail _____ PEC _____

con la presente comunica la propria disponibilità per l'inserimento nella Graduatoria Aziendale A.S.P. Cosenza per il conferimento di incarichi provvisori nel settore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale .

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni non veritiere dall'art.76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000, dichiara:

- Di essere / non essere* inserito/a al n _____ con punti _____ nella Graduatoria Regionale definitiva per il settore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale, decreto N. 3226 del 12.04.2018 pubblicato sul *BURC n. 44 del 24 Aprile 2018, parte III*;
- Di essere / non essere* Titolare d'incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale presso Codesta ASP di Cosenza, data prima titolarità (gg/mm/aa) _____ postazione di _____
- Di essere / non essere* iscritto/a a corsi di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n.256/91 ed al D.L.vo n.368/99 come modificato dal D.L.vo n.277/2003, c/o Regione _____
- Di essere / non essere* iscritto/a al corso di specializzazione in _____

Allega, a pena di esclusione: **fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.**

Luogo _____ data _____ Firma _____

Il sottoscritto Dr. _____, avendo preso visione dell'informativa sulla privacy (D.Lg.vo n.196/2003 e s.i.m.) rilascia il prescritto consenso al trattamento dei dati personali

Luogo _____ data _____ Firma _____

* cancellare la voce che non interessa