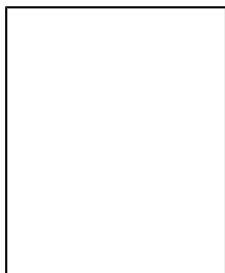


**MODULO comunicazione disponibilità al conferimento di incarichi di continuità assistenziale presso le Unità Speciali di Continuità Assistenziale AUSL di Parma**



**Azienda USL di PARMA**

**DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE - Risorse Umane**

**SSD - Personale Convenzionato**

**PEC: ausldiparma@pec.ausl.pr.it**

Strada del Quartiere 2 - 43125 Parma (PR)

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

prov \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

e-mail (indicare in modo chiaro e corretto, provvedendo ad evidenziare caratteri minuscoli e maiuscoli, punti tratti si separazione, chiocciola, ecc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di essere disponibile al conferimento di un incarico di continuità assistenziale presso le Unità Speciali di Continuità Assistenziale dell'Azienda USL di Parma

*Gli ambiti territoriali per l'AUSL di Parma in cui sono collocate le U.S.C.A. sono le seguenti: Distretto di **Parma**, Distretto di **Fidenza**, Distretto di **Valli Taro e Ceno** e Distretto **Sud-Est** )*

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio)

**DICHIARA**

di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_;

di essere abilitato e di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

## DICHIARA INOLTRE

di essere in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_;

di essere abilitato all'esercizio professionale prima del 31.12.1994;

di essere iscritto a corso di formazione specifica in medicina generale (*specificare sede del corso*)

**CON borsa** di studio

**SENZA borsa** di studio

di essere iscritto a scuola di specializzazione (*specificare scuola e sede* \_\_\_\_\_)

**CON contratto** di formazione specialistica

**SENZA contratto** di formazione specialistica

di essere  di non essere titolare di incarico o rapporto convenzionale (*in caso affermativo specificare il tipo di attività* \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_)

di avere  di non avere altri rapporti con il Servizio sanitario nazionale od altri Enti (*in caso affermativo specificare il tipo di attività* \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_)

**Secondo quanto previsto dalla legge 2/2009 il professionista medico iscritto all'ordine ha l'obbligo di attivare un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) per facilitare le comunicazioni con la pubblica amministrazione. In adempimento della normativa summenzionata il sottoscritto comunica che il proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) è il seguente:**

\_\_\_\_\_ (si chiede di scrivere l'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) in caratteri ben leggibili).

**Con la firma del presente modulo il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'Azienda USL di Parma utilizzerà l'indirizzo di posta elettronica certificata da me indicato per tutte le comunicazioni istituzionali e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali cambiamenti di indirizzo PEC.**

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_ (\*)

(\*) La sottoscrizione non e' soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione **ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore. La mancanza di documento d'identità comporta la NULLITA' della domanda.**

**N.B. La presente domanda deve essere integralmente compilata, a pena di esclusione.**

**Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali richiesti la informiamo che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità per i quali sono stati acquisiti.**