

Al Direttore Generale ASREM

asrem.pec@it

Avviso short-list per assistenza pazienti a domicilio Covid-19"

Il/la sottoscritt_ Dr./ssa _____, nat_ a _____
il _____, residente a _____
CAP _____ Via _____, tel. _____ indirizzo mail _____
_____, PEC _____ laureato/a in Medicina e
Chirurgia presso l'Università di _____ in data _____ con voti _____ ed
abilitato/a il _____, iscritto/a all'Ordine Professionale dei Medici della Provincia di _____
n° _____,

CHIEDE

di essere inserito/a nella short- list per il conferimento di incarichi provvisori per n. ore _____ da destinare al potenziamento della Continuità Assistenziale al fine di garantire l'assistenza domiciliare per i pazienti affetti da Covid-19.

A tal fine dichiara:

- Di aver svolto n. _____ ore nel Servizio di Unità Speciali di Continuità Assistenziale;
- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ con votazione _____ presso l'Università degli Studi di _____
- Di essere Medico titolare di Continuità Assistenziale dal _____
- di essere inserito nella Graduatoria regionale per la Continuità Assistenziale valevole per l'anno 2022 in posizione n. _____ con punti _____;
- di essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale acquisito in data _____ presso la Regione _____;
- di frequentare il _____ (indicare l'anno di Corso) Corso di Formazione in Medicina Generale, presso _____;
- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità e di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace così come stabilito dall'art. 76 del DPR 445/2000;

- di rilasciare il consenso al trattamento dei dati ai sensi del D.gs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. e del regolamento A.S.Re.M. approvato con Deliberazione n. 972 del 09-08-2019;

Allego copia fotostatica del documento d'identità.

Luogo e data

Firma
