

ALL. A

**Domanda di partecipazione alla graduatoria per il Servizio di Guardia Medica Turistica –
Litorale molisano e servizio di continuità assistenziale per non residenti
(titolari di continuità assistenziale presso l’A.S.Re.M.)**

asrem@pec.it

AL DIRETTORE DELLA S.C. INTEGRAZIONE
OSPEDALE TERRITORIO E SOCIO SANITARIA
Via U Petrella ,1
86100 CAMPOBASSO CB

Bollo da € 16,00

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____ il
_____ Codice Fiscale _____ residente

a _____ cap _____ Via _____

Recapito telefonico : _____ e-mail _____

Domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____

Indirizzo PEC _____

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria valida per la stagione estiva 2023 per il conferimento

- incarichi per il servizio di guardia medica turistica sul **litorale** molisano.
 Incarichi di guardia medica rivolto a non residenti nel **Comune di Campomarino**
(barrare l’incarico che interessa o entrambi)

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

1. di essere titolare di incarico nella Continuità Assistenziale di questa Azienda dal _____ ;
2. di essere presente nella graduatoria regionale 2023 con punti _____ pos _____
3. di essere residente a _____ Prov. _____ c.a.p. _____ Via _____

4. di avere il seguente indirizzo PEC: _____
5. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato come specialista ambulatoriale convenzionato
6. di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità prevista dal vigente A.C.N. per la medicina generale
7. _____

Si impegna a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopraindicate anche con riferimento a situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la graduatoria relativa al presente avviso nonché i nominativi degli esclusi sarà pubblicata sul sito aziendale e di dare il proprio assenso.

La PEC a cui inviare ogni comunicazione compresa l'eventuale convocazione ed eventuale conferimento di incarico è la seguente:

Data _____

Firma _____

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

ALL.B

**Domanda di partecipazione alla graduatoria per il Servizio di Guardia Medica Turistica –
Litorale molisano e servizio di continuità assistenziale per non residenti
(medici presenti nella graduatoria reg. 2023)**

asrem@pec.it

AL DIRETTORE DELLA S.C. INTEGRAZIONE
OSPEDALE TERRITORIO E SOCIO SANITARIA
Via U Petrella ,1
86100 CAMPOBASSO CB

Bollo da € 16,00

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____ il

_____ Codice Fiscale _____ residente

a _____ cap _____ Via _____

Recapito telefonico : _____ e-mail _____

Domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____

Indirizzo PEC _____

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria valida per la stagione estiva 2023 per il conferimento

- incarichi per il servizio di guardia medica turistica sul **litorale molisano**.
- Incarichi di guardia medica rivolto a non residenti nel **Comune di Campomarino**

(barrare l'incarico che interessa o entrambi)

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

1) di non essere titolare di incarico nella Continuità Assistenziale di questa Azienda;

2) di essere residente a _____ Prov. _____ c.a.p. _____ Via

- 3) di avere il seguente indirizzo PEC: _____
- 4) di essere iscritto nella graduatoria regionale valida per l'anno 2023 con punti _____
posizione n. _____
- 5) di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato come specialista
ambulatoriale convenzionato
- 6) di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità prevista dal vigente A.C.N.
per la medicina generale
- 7) _____

Si impegna a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopraindicate anche
con riferimento a situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la graduatoria relativa al presente avviso nonché i
nominativi degli esclusi sarà pubblicata sul sito aziendale e di dare il proprio assenso.

**La PEC a cui inviare ogni comunicazione compresa l'eventuale convocazione ed eventuale
conferimento di incarico è la seguente:**

Data _____

Firma _____

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

**Domanda di partecipazione alla graduatoria per il Servizio di Guardia Medica Turistica –
Litorale molisano e servizio di continuità assistenziale per non residenti
(medici non presenti nella graduatoria reg. 2023 ma in possesso dell’attestato)**

asrem@pec.it

AL DIRETTORE DELLA S.C. INTEGRAZIONE
OSPEDALE TERRITORIO E SOCIO SANITARIA
Via U Petrella ,1
86100 CAMPOBASSO CB

Bollo da € 16,00

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____ il
_____ Codice Fiscale _____ residente
a _____ cap _____ Via _____
Recapito telefonico : _____ e-mail _____
Domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____
Indirizzo PEC _____

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria valida per la stagione estiva 2023 per il conferimento

- incarichi per il servizio di guardia medica turistica sul **litorale** molisano.
- Incarichi di guardia medica rivolto a non residenti nel **Comune di Campomarino**
(barrare l’incarico che interessa o entrambi)

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

- 1) di essere residente a _____ Prov. _____ c.a.p. _____
Via _____
- 2) di essersi laureato presso l’Università di _____ in data _____
con voto _____

- 3) che al momento della laurea aveva la seguente età: anni _____ mesi _____ gg _____
- 4) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia _____
- 7) di non essere iscritto alla graduatoria regionale valida per l'anno 2023
- 8) di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito il _____
nella Regione _____
- 9) di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato come specialista
ambulatoriale convenzionato
- 10) di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità prevista dal vigente A.C.N.
per la medicina generale
- 11) _____

Si impegna a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopraindicate anche con riferimento a situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la graduatoria relativa al presente avviso nonché i nominativi degli esclusi sarà pubblicata sul sito aziendale e di dare il proprio assenso.

La PEC a cui inviare ogni comunicazione compresa l'eventuale convocazione ed eventuale conferimento di incarico è la seguente:

Data _____

Firma _____

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

**Domanda di partecipazione alla graduatoria per il Servizio di Guardia Medica Turistica –
Litorale molisano e servizio di continuità assistenziale per non residenti
(medici iscritti al corso specifico in medicina generale nella Regione Molise)**

asrem@pec.it

AL DIRETTORE DELLA S.C. INTEGRAZIONE
OSPEDALE TERRITORIO E SOCIO SANITARIA
Via U Petrella ,1
86100 CAMPOBASSO CB

Bollo da € 16,00

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____ il
_____ Codice Fiscale _____ residente

a _____ cap _____ Via _____

Recapito telefonico : _____ e-mail _____

Domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____

Indirizzo PEC _____

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria valida per la stagione estiva 2023 per il conferimento

- incarichi per il servizio di guardia medica turistica sul **litorale** molisano.
- Incarichi di guardia medica rivolto a non residenti nel **Comune di Campomarino**
(barrare l'incarico che interessa o entrambi)

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

1) di essere residente a _____ Prov. _____ c.a.p. _____
Via _____

2) di essersi laureato presso l'Università di _____ in data _____
con voto _____

- 3) che al momento della laurea aveva la seguente età: anni _____ mesi _____ gg _____
- 4) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia _____
- 7) di non essere iscritto alla graduatoria regionale valida per l'anno 2023
- 8) di essere iscritto alla _____ (prima/seconda/terza) annualità del corso di formazione in medicina generale nella **Regione Molise**
- 9) di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato come specialista ambulatoriale convenzionato
- 10) di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità prevista dal vigente A.C.N. per la medicina generale
- 11) _____

Si impegna a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopraindicate anche con riferimento a situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la graduatoria relativa al presente avviso nonché i nominativi degli esclusi sarà pubblicata sul sito aziendale e di dare il proprio assenso.

La PEC a cui inviare ogni comunicazione compresa l'eventuale convocazione ed eventuale conferimento di incarico è la seguente:

Data _____ Firma _____

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

**Domanda di partecipazione alla graduatoria per il Servizio di Guardia Medica Turistica –
Litorale molisano e servizio di continuità assistenziale per non residenti
(medici iscritti al corso specifico in medicina generale in altra Regione)**

asrem@pec.it

AL DIRETTORE DELLA S.C. INTEGRAZIONE
OSPEDALE TERRITORIO E SOCIO SANITARIA
Via U Petrella ,1
86100 CAMPOBASSO CB

Bollo da € 16,00

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____ il
_____ Codice Fiscale _____ residente
a _____ cap _____ Via _____
Recapito telefonico : _____ e-mail _____
Domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____
Indirizzo PEC _____

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria valida per la stagione estiva 2023 per il conferimento

- incarichi per il servizio di guardia medica turistica sul **litorale** molisano.
 - Incarichi di guardia medica rivolto a non residenti nel **Comune di Campomarino**
- (barrare l'incarico che interessa o entrambi)

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

- 1) di essere residente a _____ Prov. _____ c.a.p. _____
Via _____
- 2) di essersi laureato presso l'Università di _____ in data _____
con voto _____
- 3) che al momento della laurea aveva la seguente età: anni _____ mesi _____ gg _____

- 4) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia _____
- 7) di non essere iscritto alla graduatoria regionale valida per l'anno 2023
- 8) di essere iscritto al corso di formazione in medicina generale nella **Regione** _____ **dal**

- 9) di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato come specialista ambulatoriale convenzionato
- 10) di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità prevista dal vigente A.C.N. per la medicina generale
- 11) _____

Si impegna a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopraindicate anche con riferimento a situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la graduatoria relativa al presente avviso nonché i nominativi degli esclusi sarà pubblicata sul sito aziendale e di dare il proprio assenso.

La PEC a cui inviare ogni comunicazione compresa l'eventuale convocazione ed eventuale conferimento di incarico è la seguente:

Data _____ Firma _____

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

**Domanda di partecipazione alla graduatoria per il Servizio di Guardia Medica Turistica –
Litorale molisano e servizio di continuità assistenziale per non residenti
(medici con abilitazione successiva al 31.12.1994)**

asrem@pec.it

AL DIRETTORE DELLA S.C. INTEGRAZIONE
OSPEDALE TERRITORIO E SOCIO SANITARIA
Via U Petrella ,1
86100 CAMPOBASSO CB

Bollo da € 16,00

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____ il
_____ Codice Fiscale _____ residente

a _____ cap _____ Via _____

Recapito telefonico : _____ e-mail _____

Domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____

Indirizzo PEC _____

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria valida per la stagione estiva 2023 per il conferimento

- incarichi per il servizio di guardia medica turistica sul **litorale** molisano.
- Incarichi di guardia medica rivolto a non residenti nel **Comune di Campomarino**
(barrare l'incarico che interessa o entrambi)

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

1) di essere residente a _____ Prov. _____ c.a.p. _____
Via _____

- 2) di essersi laureato presso l'Università di _____ in data _____
con voto _____
- 3) che al momento della laurea aveva la seguente età: anni _____ mesi _____ gg _____
- 4) di essersi abilitato il _____
- 5) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia _____
- 6) di non essere iscritto alla graduatoria regionale valida per l'anno 2023
- 7) di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato come specialista ambulatoriale convenzionato
- 8) di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità prevista dal vigente A.C.N. per la medicina generale
- 9) _____

Si impegna a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopraindicate anche con riferimento a situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la graduatoria relativa al presente avviso nonché i nominativi degli esclusi sarà pubblicata sul sito aziendale e di dare il proprio assenso.

La PEC a cui inviare ogni comunicazione compresa l'eventuale convocazione ed eventuale conferimento di incarico è la seguente:

Data _____ Firma _____

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

**Domanda di partecipazione alla graduatoria per il Servizio di Guardia Medica Turistica –
Litorale molisano e servizio di continuità assistenziale per non residenti
(medici iscritti ai corsi di specializzazione)**

asrem@pec.it

AL DIRETTORE DELLA S.C. INTEGRAZIONE
OSPEDALE TERRITORIO E SOCIO SANITARIA
Via U Petrella ,1
86100 CAMPOBASSO CB

Bollo da € 16,00

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____ il
_____ Codice Fiscale _____ residente

a _____ cap _____ Via _____

Recapito telefonico : _____ e-mail _____

Domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____

Indirizzo PEC _____

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria valida per la stagione estiva 2023 per il conferimento

- incarichi per il servizio di guardia medica turistica sul **litorale** molisano.
- Incarichi di guardia medica rivolto a non residenti nel **Comune di Campomarino**
(barrare l'incarico che interessa o entrambi)

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

1) di essere residente a _____ Prov. _____ c.a.p. _____
Via _____

- 2) di essersi laureato presso l'Università di _____ in data _____
con voto _____
- 3) che al momento della laurea aveva la seguente età: anni _____ mesi _____ gg _____
- 4) di essersi abilitato il _____
- 5) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia _____
- 6) di essere iscritto al corso di specializzazione di _____ presso l'Università degli
Studi _____ dal _____
- 7) di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato come specialista
ambulatoriale convenzionato
- 8) di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità prevista dal vigente A.C.N.
per la medicina generale
- 9) _____

Si impegna a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopraindicate anche
con riferimento a situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la graduatoria relativa al presente avviso nonché i
nominativi degli esclusi sarà pubblicata sul sito aziendale e di dare il proprio assenso.

**La PEC a cui inviare ogni comunicazione compresa l'eventuale convocazione ed eventuale
conferimento di incarico è la seguente:**

Data _____

Firma _____

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità