

GUARDIE MEDICHE TURISTICHE 2017: PRESENTAZIONE DOMANDE

La ASL di Sanluri come ogni anno attiva il Servizio di Assistenza Sanitaria per i non residenti nelle località turistiche per la stagione estiva 2017 (Guardie Turistiche). I Medici interessati in possesso dei requisiti previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale devono presentare apposita domanda in marca da bollo da € 16,00, **entro e non oltre i 15 giorni dalla pubblicazione sul sito web**, redatta secondo il fac-simile allegato, a:

ASL di Sanluri - Distretto Socio Sanitario - via Bologna, 13 – 09025 Sanluri.

Le domande, **in bollo**, debitamente sottoscritte pena nullità, con allegata fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità, potranno essere presentate secondo una delle seguenti modalità:

- a mano, direttamente al protocollo del Distretto in via Bologna, 13 – 09025 Sanluri – piano terra. Ala B - dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 12:00, martedì e mercoledì dalle ore 15:30 alle ore 17:00.
- tramite servizio postale, esclusivamente a mezzo raccomandata A.R.
Le domande dovranno pervenire entro e non oltre il termine suindicato di scadenza, di cui farà fede il timbro del protocollo aziendale in entrata; la ASL di Sanluri non risponderà di eventuali disguidi postali.
- a mezzo di posta elettronica certificata (P.E.C.) entro il termine sopraindicato al seguente indirizzo: **dir.dist.sanluri@pec.aslsanluri.it**. Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte dell'interessato di casella elettronica, a sé intestata e a sua volta certificata. Non saranno considerate valide le domande spedite tramite posta elettronica semplice o ordinaria. E' inoltre compito del richiedente comprovare l'avvenuto assolvimento dell'imposta di bollo mediante compilazione dell'allegato modulo di dichiarazione sostitutiva (Allegato A) ai sensi del D.P.R. 445/2000, ex artt. 38, 46 e 47.

Per eventuali informazioni e contatti gli interessati potranno rivolgersi all'Ufficio Continuità Assistenziale – via Bologna, 13 – 09025 Sanluri – piano terra, ala C, ultima porta a sinistra – Telefono 070/9359482 nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 13:00 e il martedì dalle ore 15:00 alle ore 17:00.

Il Direttore del Distretto
f.to Dr. Aldo Casadio

BOLLO

Alla ASSL Sanluri
Distretto Socio Sanitario Sanluri
Via Bologna, 13
09025 Sanluri
Pec dir.dist.sanluri@pec.aslsanluri.it

Oggetto: Domanda di disponibilità a ricoprire incarichi di Guardia Medica Turistica nel Servizio di Continuità Assistenziale c/o l'Area Socio Sanitaria Locale di Sanluri.

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____
Il ___/___/___ residente in _____ via _____
c.a.p. _____ tel. _____ cell. _____
e-mail _____ p.e.c. _____
codice fiscale _____

**DICHIARA DI ESSERE DISPONIBILE A RICOPRIRE INCARICHI DI GUARDIA MEDICA TURISTICA
NELSERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

DICHIARA INOLTRE:

(barrare le voci che ricorrono)

- Di aver conseguito la laurea in medicina e chirurgia in data ___/___/___ con votazione _____
- Di essere iscritto all'ordine dei medici di _____ dal _____ al n. _____
- Di essere inserito nella graduatoria regionale valida per l'anno _____ al n. _____
- Di essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale conseguito il _____
- Di essere iscritto al _____ anno del corso di formazione specifico in Medicina Generale
- Di essere specializzato in _____
- Di essere iscritto al _____ anno della scuola di specializzazione in _____

Dichiara di non essere in posizione di incompatibilità secondo l'art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale del 23/03/2005 e si impegna a comunicare ogni variazione che in futuro dovesse intervenire nella posizione sopra indicata.

Dichiara inoltre, che le notizie sopra riportate corrispondono al vero e di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

A tal fine allega alla presente dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante:

- Il conseguimento della Laurea in Medicina e Chirurgia**
- L'eventuale Iscrizione alla scuola di specializzazione o al corso di Formazione in Medicina Generale**
- Il possesso dell'attestato di Formazione in Medicina Generale**
- L'eventuale inserimento nella Graduatoria Regionale Annuale definitiva in vigore all'atto della domanda.**

Data _____

Firma _____

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di conferimento di incarichi provvisori di continuità assistenziale e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO NOTORIO

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il sottoscritto _____ nato _____ (____)
il ____/____/____, residente a _____ (____) in via
_____ n° _____

consapevole:

- Delle sanzioni penali in cui può andare incontro in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 483 CP e del comma 1 dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000;
- Che l'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso, ai sensi del comma 2 dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

(barrare le voci che interessano)

- Di aver conseguito la laurea in medicina e chirurgia in data ____/____/____ con votazione _____
- Di essere iscritto alla scuola di specializzazione o al corso di formazione in Medicina Generale
- Di essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale conseguito il _____
- Di essere inserito nella Graduatoria Regionale annuale definitiva in vigore alla posizione n. _____
- Altro: _____

Luogo, _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

La firma non va autenticata. E' necessario allegare fotocopia di un documento di identità.
Nelle ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA SULL'ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO
(ex artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente a in
_____ Via _____;

ai sensi e per gli effetti degli articoli 38 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale in caso di dichiarazioni false o reticenti o di falsità in atti

DICHIARA

1. di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 con codice identificativo n. _____
2. di aver a tal fine provveduto ad annullare (apponendovi la data dell'istanza) la predetta marca da bollo e di impegnarsi a conservarne l'originale contestualmente alla predetta istanza di ammissione (istanza da me sottoscritta in data _____) per eventuali controlli da parte dell'amministrazione.
3. di aver preso conoscenza dell'informativa sulla privacy e di autorizzare il trattamento e la diffusione dei dati forniti, con le modalità ivi indicate.

Allega, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000, copia informatica per immagine del documento di identità valido del sottoscrittore.

Luogo e data, _____

Firma digitale valida