Allegato A (fac simile di domanda)

Domanda di partecipazione alla procedura del giudizio di idoneità, ai fini dell'inquadramento nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti in dotazione organica, dei medici convenzionati a tempo indeterminato nell'emergenza sanitaria territoriale, e nella medicina dei servizi.

(Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 – art. 8, comma 1 bis - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 dicembre 1997,n. 502)

Raccomandata a.r.

Regione Campania
Assessorato Sanità
A.G.C. Piano Sanitario Regionale
Settore Gestione Ruolo Personale
Servizio Regionale Sanitario
Procedure Concorsuali Rapporti con le OO.SS.
Centro Direzionale isola C/3 – 12°p.

80143 NAPOLI

Il / La sottoscritto /a Dott. /a ……

Nato /a a ……. (prov……)

il …… /…… /……. residente a …… (prov……)

via ……. N…….

CAP……. Tel…….. / ……

Titolare di incarico a tempo indeterminato da almeno 5 anni in:

a) Emergenza Territoriale

b) Medicina dei Servizi

Presso l'Azienda Sanitaria Locale n……. di …… per n. h…….sett.

CHIEDE

Ai sensi dell'art, 8, comma 1-bis del Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, come integrato dall'art. 6 del Decreto Legislativo 28 luglio 2000, n. 254, vista la D.G.R. n. 1239 del 23. 3.2001 pubblicata sul Burc n. 22 del 23. 4.2001 con la quale sono state individuate le aree di attività che richiedono l'instaurarsi di un rapporto di impiego, di essere ammesso

a partecipare al giudizio di idoneità ai fini dell'inquadramento, nei limiti dei posti vacanti disponibili nelle dotazioni organiche dell'area di riferimento, nel ruolo sanitario del SSN (1)

…….

A tal fine, dichiara di:

- essere in possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- essere in possesso del diploma di laurea in ……..
  conseguito in data…… presso l'Università di …….
- iscritto all'albo …… della provincia di ……
- essere in possesso di almeno 5 anni di incarico a tempo indeterminato nella …… presso l'Azienda Sanitaria Locale n……. di ……. ……..(2)

Dichiara inoltre di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili (3) ai sensi dell'art. 4 del DPCM 12.12.97, n. 502:

- orario di incarico nella Emergenza Sanitaria Territoriale e/o Medicina dei servizi: ore settimanali n…….
- avere un'anzianità di incarico (4) nella …… per i primi cinque anni

  dal ….…….al…..…… presso l'ASL n……. di…….
- avere un'ulteriore anzianità di incarico nella ……..

  dal ……..al……. presso l'ASL n…… di……
- avere la specializzazione in : …….. in …….
- avere altre lauree (5) : ……
- avere le seguenti allegate pubblicazioni o titoli scientifici (6) :

  ……..
  ……..
  ……...

Allega :

a) certificazioni titoli valutabili
b) certificazioni di servizi prestati
c) elenco in triplice copia dei documenti e dei titoli presentati
d) curriculum formativo e professionale, redatto su carta semplice, firmato, datato
e) pubblicazioni edite a stampa, in originale o copia autenticata
f) fotocopia documento d'identità

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

☐ la propria residenza ☐ il seguente domicilio:

c/o …… indirizzo …….. n……
Comune …… prov…….. CAP……
Tel…….

Data …… Firma per esteso ……..

Note:

(1) Indicare l'area di attività (emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi)

(2) Il requisito minimo di almeno cinque anni di anzianità deve essere maturato alla data del 31/12/2007.

(3) I titoli saranno valutati dalla Commissione esaminatrice ai sensi delle disposizioni di cui agli artt. 2 e 4 del D.P.C.M. 12 dicembre 1997, n. 502.

(4) Indicare anche eventuali precedenti incarichi presso altre ASL.

(5) Indicare altre eventuali lauree oltre a quella richiesta per l'ammissione al giudizio di idoneità comprese tra quelle previste per l'appartenenza al ruolo sanitario.

(6) Da allegare in originale, ovvero, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, in copia con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà della conformità all'originale, sottoscritta in calce dall'interessato unitamente a fotocopia semplice del documento di identità.