All.1

Al Direttore Generale
della ASL LATINA

SEDE

OGGETTO: disponibilità a partecipare all'Avviso per l'apertura di uno studio di Medicina Generale nel Comune di Ventotene.

I_ SOTTOSCRITT_ _____nat_ a _____ il _____

C.F._____Medico di Medicina Generale con studio principale nel Comune di _____ (Distretto 5) con la presente dichiara di aver preso visione e di accettare quanto previsto dallo specifico Avviso della ASL e comunica la propria disponibilità ad aprire un proprio studio principale/secondario (*) nel comune di Ventotene c/o il poliambulatorio ASL di via Luigi Iacono.
Al fine della predisposizione dell'apposita graduatoria da parte della ASL quale prevista dall'AVVISO e consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 DPR28/12/2000,n.445:

Dichiara

Avere alla data di pubblicazione del relativo Avviso sul sito aziendale n. _____ numero di iscritti a tempo indeterminato quale Medico di Medicina Generale.
Essere titolare della Convenzione per la Medicina Generale con la Regione Lazio - Ambito territoriale: Distretto 5 ASL Latina a far data dal _____

Chiede che la comunicazione relativa alla propria posizione in graduatoria, qualora risultasse primo nella stesa venga effettuata al seguente indirizzo PEC _____

_____, lì ___ / ___ /'19

_____
(firma)

(*) cancellare la voce che non ricorre

All.2

Al Direttore Generale
della ASL LATINA

SEDE

OGGETTO: conferma della propria disponibilità all'apertura di uno studio di Medicina Generale nel Comune di Ventotene

I_ SOTTOSCRITT_ _____nat_ a _____ il _____

C.F._____ Medico di Medicina Generale con studio principale nel Comune di _____ (Distretto 5) con la presente dichiara di impegnarsi ad aprire un studio principale/secondario (*) nel comune di Ventotene così come previsto dal relativo "Avviso" aziendale.
A tale fine dichiara che lo stesso verrà aperto presso il poliambulatorio ASL di via Luigi Iacono in Ventotene nel seguente giorno della settimana _____ con orario dalle _____ alle _____

Si impegna altresì ad assicurare nello stesso giorno le visite domiciliari richieste con le modalità previste dal vigente ACN della Medicina Generale.

Il sottoscritto si impegna altresì ad assicurare il teleconsulto per i propri assistiti residenti nel comune di Ventotene nei seguenti giorni ed orari della settimana

Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

Si impegna infine a dare attuazione a quanto sopra decritto dalla settimana successiva alla data di sottoscrizione del presente modulo

_____, lì ___ / ___ /'19

_____
(firma)

(*) cancellare la voce che non ricorre