

RIAPERTURA TERMINI - AVVISO PUBBLICO PER PRESTAZIONI DA RENDERSI, NELL'AMBITO DEL PROGETTO "COPERTURA ASSISTENZIALE SABATO, DOMENICA PREFESTIVI E FESTIVI" – AMBULATORIO DI CURE PRIMARIE (A.C.P.) PRESSO LA SEDE DISTRETTUALE DI LATINA-VIA CESARE BATTISTI. ANNO 2022/2023

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA RIAPERTURA DEI TERMINI DELL'AVVISO PUBBLICO
APPROVATO CON DELIBERAZIONE N. 1318 DEL 15/12/2022**

Il/la sottoscritto/a (cognome)_____ (nome)_____

nato/a il _____ a _____ (_____)

codice fiscale _____ residente a _____ dal _____

in Via/Piazza _____

Telefono _____ PEC _____ mail _____

Medico di Medicina Generale, codice regionale n° _____

Avendo preso visione dell'Avviso approvato con la deliberazione citata e dell'Accordo regionale recepito con DCA n. 565/2017, compreso il trattamento economico previsto dallo stesso, autocertifica – consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR n. 445/2000 – oltre ai dati anagrafici sopra citati, di trovarsi nella seguente posizione di rapporti con la Regione Lazio tra quelli indicati nell'avviso:
☐ Di essere in possesso del Diploma di Formazione in medicina Generale

☐ Di essere iscritto al _____ anno del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

☐ Di essere convenzionato per l'Assistenza Primaria

- a tempo indeterminato
- in sostituzione dal _____ al _____

☐ Di essere in possesso di incarico di Continuità Assistenziale/Medicina dei Servizi per n° _____ ore

☐ Di aver avuto precedente esperienza lavorativa in Ambulatori di Cure Primarie/Ambufest

Dichiara di aderire al suddetto progetto e si rende disponibile ad effettuare n° _____ ore settimanali presso la sede distrettuale di Latina, sita in Via Cesare Battisti.

Turno prescelto:

- Ore _____ dalle ore _____ alle ore _____
- Ore _____ dalle ore _____ alle ore _____

Presa visione dell'informativa in materia di privacy allegata all'Avviso di che trattasi, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea, si autorizza il trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma _____

Si allega copia di un documento d'identità in corso di validità