

**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 2024/2025**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO

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 di cui all'art. 2 del D.C.A. 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 sopracitati, 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 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_____

Preso 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