

AVVISO

DOMANDE DI DISPONIBILITA' PER LA REPERIBILITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA SU BASE ORARIA (GIA' CONTINUITA' ASSISTENZIALE)

LA DOMANDA, PER ESSERE INSERITI NEI TURNI DI REPERIBILITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DEVE ESSERE INDIRIZZATA AL DIRETTORE SANITARIO DEL DISTRETTO D'INTERESSE, ALL' INDIRIZZO DI POSTA CERTIFICATA (Es. per Distretto 34 utilizzare la pec ds34@pec.aslnapoli3sud.it), UTILIZZANDO L'ALLEGATO MODULO, DAL 28/01/2025 ED ENTRO LA DATA DEL 26/01/2025.

TUTTE LE DOMANDE DEVONO ESSERE PRESENTATE IN MARCA DA BOLLO DA 16,00 EURO, PENA ESCLUSIONE DALLA PRESENTE PROCEDURA.

Il Dirigente Amministrativo
Dr.ssa Cirillo Liliafa

Il Direttore
U.O.C. Gestione Risorse Umane
Dr. Giuseppe Esposito

Al Direttore Distretto Socio Sanitario n. _____

Oggetto: Disponibilità incarichi di reperibilità di assistenza primaria su base oraria (già Continuità Assistenziale)

...I... sottoscritt... Dr. nat... il

a e residente a alla

via..... Tel..... Cell.....

e-mail.....p.e.c.....

laureato il con voto.....presso

.....

abilitato il.....presso.....

COMUNICA

La propria disponibilità ad accettare incarichi di reperibilità di assistenza primaria su base oraria (già Continuità Assistenziale) presso codesto Distretto _____

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000, quanto segue:

a) di essere () non essere () inserito nella graduatoria unica regionale, pubblicata sul BURC numero _____ del _____ alla posizione.....con punti.....;

b) di essere () non essere () in possesso del titolo di formazione in Medicina Generale di cui al D.Leg.vo n.256/91;

c) di essere () non essere () in possesso dell'attestato di idoneità ai Servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale, di cui al comma 5 art.63 D.P.R. 270/00;

d) di essere () non essere () iscritto al corso di formazione in Medicina Generale, presso l'ASL, con decorrenza..... e scadenza.....;

e) di essere () non essere () iscritto al corso di specializzazione in presso l'Università dicon decorrenza.....e scadenza.....

...I. sottoscritt... allega copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data

In fede
