

Spazio per l'apposizione
della marca da bollo, ai
sensi art. 2 comma 7 ACN
2018, da annullare con
data e firma

Al Direttore Generale
Azienda Regionale Emergenza
Sanitaria ARES 118
Via Portuense 240
00149 Roma

DOMANDA PER AGGIORNAMENTO DELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITÀ PER IL CONFERIMENTO DI
INCARICHI DI SOSTITUZIONE E PROVVISORI PER LA CENTRALE D'ASCOLTO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ANNO 2021
(EX ART. 15 ACN PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MMG, COSÌ COME SOSTITUITO DALL'ART. 2 ACN 2018)

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a _____ (prov. _____) il _____
Cittadinanza _____ Codice Fiscale _____
Residente a _____ (prov. _____)
in Via/P.za _____ N _____
C.A.P. _____ Telefono _____ cellulare _____
Indirizzo e mail _____
Indirizzo PEC _____

COMUNICA

LA PROPRIA DISPONIBILITÀ A RICOPRIRE INCARICHI A TEMPO DETERMINATO PRESSO I SERVIZI DI
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE GESTITI DA QUESTA AZIENDA (CENTRALE D'ASCOLTO)

E A TAL FINE, AI SENSI DELL'ART. 46 d.p.r.445/2000 e ss.mm.ii. DICHIARA:

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguita presso
l'Università di _____ in data _____ con
voto _____/110, conseguito all'età di* _____ e di possedere al momento della
pubblicazione del bando una anzianità di laurea di mesi* _____ (*solo per i medici
NON INSERITI IN GRADUATORIA REGIONALE)
- di essere abilitato all'esercizio della professione medica dal _____
- di essere iscritto all'ordine dei Medici della provincia di _____
dal _____ con numero _____ e che non sussistono
provvedimenti disciplinari a proprio carico per condanne e/o procedimenti penali;

- ☐ di essere / ☐ di NON essere inserito nella graduatoria Regionale della Regione Lazio, valevole per l'anno 2021, nella posizione n. _____ con punti _____
- ☐ di NON aver/ ☐ di aver conseguito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale e precisamente in data _____
- ☐ di NON essere/ ☐ di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione _____ dal _____ al _____ ANNO DI CORSO _____
- ☐ di NON avere/ ☐ di avere acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.1994 e precisamente in data _____
- ☐ di NON essere/ ☐ di essere iscritto al seguente corso di specializzazione _____
_____ dal _____ al _____
- ☐ di Avere/ ☐ NON aver riportato condanne penali;
se sì quali _____
- ☐ di Avere/ ☐ NON aver procedimenti penali in corso;
se sì quali _____
- ☐ di Avere/ ☐ NON aver riportato, provvedimenti disciplinari presso Pubbliche Amministrazioni,
se sì quali _____
- ☐ di essere/ ☐ NON essere mai stato licenziato o aver mai interrotto incarichi di servizio per motivi disciplinari da Aziende Sanitarie del SSN;
se sì presso quali Pubbliche Amministrazioni _____
- ☐ di NON Essere/ ☐ essere idoneo alle mansioni proprie da ricoprire per l'attività richiesta e quindi in grado di garantire, senza limitazioni o altra causa ostativa un impegno orario di 24 ore a settimana da svolgersi nei turni notturni, diurni festivi e pre -festivi, nonché a effettuare turni di reperibilità in misura del 50% dei turni di servizio assegnati al fine di garantire le esigenze del Servizio. in linea con quanto previsto nell' ACN MMG 2005/2009.

Lo/La scrivente è consapevole che, all'atto del conferimento di un eventuale incarico, dovrà essere a norma con le normative contrattuali vigenti circa le incompatibilità con altri incarichi e si impegna a comunicare per iscritto qualsiasi variazione successiva al presente atto.

Trattamento dei dati personali: Ai sensi dell'art 13 del vigente Regolamento UE n. 2016/679 ss.mm.ii , i dati personali forniti con la presente saranno trattati esclusivamente per le finalità inerenti la gestione dei

rapporti di lavoro che si dovessero instaurare a seguito dell'utilizzo dell'elenco dei disponibili. La raccolta dei dati è obbligatoria ai fini della valutazione dei requisiti per la formulazione della citata graduatoria aziendale di disponibilità, che sarà pubblicata nell'albo e nel sito web di ARES 118. Il Titolare del trattamento è ARES 118 con sede in Via Portuense 240, 00149 Roma - Italia), in persona del legale rappresentante pro tempore, domiciliato per la carica presso la predetta sede. Indirizzo posta elettronica Pec: (direzione.generale@pec.ares118.it). Dati di contatto del DPO di ARES 118: dpo@ares118.it. L'interessato gode dei diritti di cui agli art 15,16,17,18, 20 e 21 del Regolamento UE679 /2016, e potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti previsti dagli articoli inviando una raccomandata a.r. a - ARES 118, con sede legale in Via Portuense 240, 00149 Roma- Italia ("Titolare"), ovvero con e-mail all'indirizzo Pec (direzione.generale@pec.ares118.it); L'interessato può richiedere l'informativa completa ai soprascritti indirizzi.

Data_____

Firma_____

Allega alla presente copia fotostatica di un documento di identità.