

Spett.li
IPAB di Vicenza
IPAB Suor Diodata Bertolo
segreteria@pec.ipab.vicenza.it

OGGETTO: Richiesta inserimento nell'Elenco dei medici disponibili ad assumere l'incarico di medico curante nelle Strutture Intermedie "Ospedale di Comunità" e "Unità Riabilitativa Territoriale" degli enti IPAB di Vicenza e IPAB Suor Diodata Bertolo.

Il/la sottoscritto/a dott./d.ssa _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____

E mail _____

PEC _____

CHIEDE

di essere inserito/a nell'elenco dei medici disponibili ad assumere l'incarico di medico curante nelle Strutture Intermedie "Ospedale di Comunità" e "Unità Riabilitativa Territoriale" degli enti IPAB di Vicenza e IPAB Suor Diodata Bertolo, di cui all'avviso prot. n.5483 del 27/11/2018 indetto sulla base della Convenzione tra IPAB di Vicenza e IPAB Suor Diodata Bertolo di Sandrigo stipulata in data 27/11/2018.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dei benefici conseguiti sulla base di dichiarazione mendace ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

di svolgere attualmente attività quale Medico di _____
presso: _____

Nel caso di esercizio dell'attività in modo non esclusivo indicare l'ulteriore attività svolta:

di essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia conseguita il ____/____/____
____/____/____ di essere iscritto/a all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
di _____, al N° _____

di essere in possesso di una delle seguenti specialità: Geriatria Medicina Interna
Fisiatria Altra specializzazione (*specificare*) _____

Indicare denominazione dell'Università e data del conseguimento: _____

-
- di essere/non essere incorso/a in risoluzioni anticipate di incarichi precedenti (in caso affermativo precisare quali) _____,
- le seguenti ulteriori attività/incarichi che possano rilevare ai fini dell'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità e/o conflitto di interesse in relazione all'incarico da conferire, ovvero altre situazioni che gli Enti siano tenuti a valutare ai fini del conferimento dell'incarico (es. condanne penali, procedimenti disciplinari, revoca del rapporto convenzionale, ecc.):

Il/la sottoscritto/a si impegna infine, in caso di conferimento dell'incarico, a fornire copia della polizza assicurativa, adeguata all'incarico di medico curante, che verrà allegata al contratto quale parte integrante dello stesso.

Dichiara infine:

- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali, ex art.13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, allegata al presente avviso;
- di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e del regolamento Europeo n. 679/2016, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Si allega copia di un valido documento di identità.

luogo

data

firma per esteso