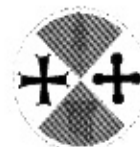




S ERVIZIO
S ANITARIO
R EGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

DIREZIONE GENERALE

AVVISO PUBBLICO

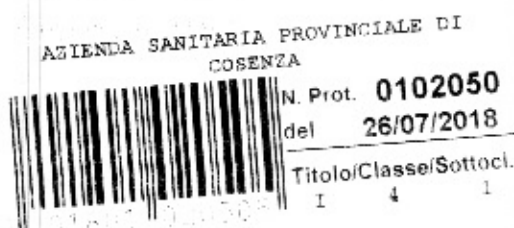
Oggetto: reclutamento **urgente** medici per incarico provvisorio nell'Emergenza Sanitaria Territoriale 118, ASP Cosenza, per attivazione nuove PET.

Nelle more della pubblicazione sul BUR Calabria degli incarichi vacanti relativi alle istituende P.E.T. di Scalea, Spezzano Albanese, Oriolo, e al fine di attivare con **immediata urgenza** le precitate PET, si rivolge formale avviso ai Sigg. **Medici, anche di Continuità Assistenziale, purchè in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale 118**, eventualmente interessati ad ottenere un incarico provvisorio di Emergenza Sanitaria Territoriale, a presentare le relative domande secondo l'allegato schema entro il **6.7.2018**

Le domande redatte in carta semplice e indirizzate al Direttore Generale Azienda Sanitaria Territoriale di Cosenza, possono essere prodotte

- a mezzo **raccomandata A.R.** indirizzate all' Ufficio Protocollo Via Alimena, 8 - 87100 Cosenza.
- Prodotte **a mano** presso l' Ufficio Protocollo Via Alimena, 8 - Cosenza.
- Inviare tramite **PEC** a protocollo@pec.asp.cosenza.it.

**Il Direttore Generale
Dott. Raffaele Mauro**



DOMANDA AVVISO PUBBLICO
RECLUTAMENTO URGENTE MEDICI PER INCARICO NELL'EMERGENZA SANITARIA
TERRITORIALE 118, ASP COSENZA, PER ATTIVAZIONE NUOVE PET.

**Al Direttore Generale
ASP Cosenza
c/o Ufficio Protocollo
Via degli Alimena, 8
87100 Cosenza**

Il/La sottoscritt _____ nat. il _____

a _____ residente a _____

cap _____ via/Piazza _____ n. _____

Codice Fiscale _____

laureat_ Università di _____ il _____ con voti _____ iscrizione Ordine Medici di

_____ n° _____ telefono _____ cell. _____

Attestato di idoneità all'Emergenza Sanitaria Territoriale conseguito il _____ c/o Regione _____

email _____ PEC _____

con la presente comunica la propria **disponibilità a svolgere eventuale incarico provvisorio nell'Emergenza Sanitaria Territoriale**.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni non veritiere dall'art.76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000, dichiara:

• Di essere / non essere* Titolare d'incarico di Continuità Assistenziale presso Codesta ASP di Cosenza, postazione di _____

• Di essere / non essere* iscritto/a a corsi di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n.256/91 ed al D.L.vo n.368/99 come modificato dal D.L.vo n.277/2003, c/o Regione _____

• Di essere / non essere* iscritto/a al corso di specializzazione in _____

Allega, a pena di esclusione: **fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità.**

Luogo _____ data _____ Firma _____

Il sottoscritto Dr. _____, avendo preso visione dell'informativa sulla privacy (D.Lg.vo n.196/2003, per come modificata dal Reg.U.E.N.679/2016 e s.i.m.) rilascia il prescritto consenso al trattamento dei dati personali

Luogo _____ data _____ Firma _____

* cancellare la voce che non interessa