**AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**PER LA FORMAZIONE DI ELENCHI DI MEDICI DISPONIBILI A PRESTARE ATTIVITÀ ASSISTENZIALE NELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE PIEMONTE**

**AI SENSI DELL’ART. 1 DEL DECRETO LEGGE 9 MARZO 2020, N. 14**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………………………………………..….

nato/a il ………………a ……………………………………………………………..…..……...... (Prov: ……)

residente in

indirizzo .………………………………………………………….………………..…….. n……...

luogo ……………………………………………………..……………….….…..… (Prov: ……)

codice fiscale ………………………………………………...

tel ………………………………………………...

cellulare ………………………………………………...

mail ……………………………………..……….….

Pec ……….…………………………….……….….

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO**

**E CHIEDE,** in relazione all’emergenza sanitaria connessa alla diffusione del virus COVID -19, di essere iscritto in un elenco di *(barrare l’alternativa scelta)*

* **medici specialisti** nella disciplina di
* ANESTESIA E RIANIMAZIONE
* IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA
* MALATTIE DELL’APPARATO RESPIRATORIO
* MALATTIE INFETTIVE
* MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA
* MEDICINA INTERNA
* MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA
* Altra disciplina: ………………………………………………………………………………………..
* **medici specializzandi**, iscritti all'ultimo e al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione;
* ANESTESIA E RIANIMAZIONE
* IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA
* MALATTIE DELL’APPARATO RESPIRATORIO
* MALATTIE INFETTIVE
* MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA
* MEDICINA INTERNA
* MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA
* Altra disciplina: ………………………………………………………………………………………..
* **laureati in medicina e chirurgia**, abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti agli ordini professionali;
* **laureati in medicina e chirurgia**, anche se privi della cittadinanza italiana, abilitati all'esercizio della professione medica secondo i rispettivi ordinamenti di appartenenza, **previo riconoscimento del titolo**
* **personale medico collocato in quiescenza**, anche ove non iscritto al competente albo professionale in conseguenza del collocamento a riposo.
* ANESTESIA E RIANIMAZIONE
* IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA
* MALATTIE DELL’APPARATO RESPIRATORIO
* MALATTIE INFETTIVE
* MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA
* MEDICINA INTERNA
* MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA
* Altra disciplina: ………………………………………………………………………………………..

Dichiara di essere disponibile a prestare attività assistenziale presso le Aziende *(massimo tre opzioni):*

* ASL Città di Torino
* ASL TO 3
* ASL TO 4
* ASL TO 5
* ASL VC
* ASL BI
* ASL NO
* ASL VCO
* ASL CN1
* ASL CN2
* ASL AT
* ASL AL
* AOU San Luigi Orbassano
* AO Maggiore della Carità Novara
* AO Santa Croce e Carle Cuneo
* AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo Alessandria
* AO Ordine Mauriziano Torino
* AOU Città della Salute e della Scienza Torino

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 E 47 dpr 445/2000 s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 in caso di dichiarazioni mendaci del medesimo DPR 445/2000 quanto segue:

* di essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia
* di essere in possesso della specialità in ………………………………………………………………………
* di non essere attualmente dipendente del Servizio Sanitario Nazionale o di altra Pubblica Amministrazione
* di essere iscritto all’ordine dei medici di …………………………………..……. al n …….…...
* solo per i cittadini di stato estero non facente parte dell’Unione Europea - di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno in corso di validità rilasciato da ……………………………………………………..
* di aver maturato le seguenti esperienze professionali:

➢ ………………………..……………...…………..………………………..……………....

…………………………………..………………………..………………………..…...…

➢ ………………………..……………...…………..………………………..……………....

…………………………………..………………...……..………………………..………

➢ ………………………..……………...…………..………………………..……………....

…………………………………..………………………..…………………………….…

➢ ………………………..……………...…………..………………………..……………....

…………………………………..………………………..…………………………….…

➢ ………………………..……………...…………..………………………..……………....

…………………………………..………………………..…………………………….…

In fede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_