

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA

Manifestazione di Interesse - Personale Medico (Regolamento UE 2024/1356)

Al Commissario Straordinario
dell'ASP di Cosenza

Inviare a: protocollo@pec.asp.cosenza.it

ALLEGATO A - MODULO DI DOMANDA E DICHIARAZIONE REQUISITI

1. Generalità del Candidato

Nome e Cognome

Nato/a a

Pr. () il / / c.f. _____

Residenza / Dom.

Città: _____ Via: _____ n. _____

Contatti

Tel: _____ E-mail/PEC: _____

Ordine Medici

Provincia di: _____ N. Iscrizione: _____

2. Inquadramento e Specializzazione

- ☐ Medico Dipendente ASP Cosenza - Disciplina/Reparto: _____
- ☐ Medico Convenzionato ASP (MMG / PLS / Continuità Assistenziale / Specialistica Ambulatoriale)
- ☐ Professionista Esterno (Libero professionista / Altro)

Specializzazione in: _____

3. Possesso Requisiti e Dichiarazioni (D.P.R. 445/2000)

- ☐ Di possedere la specializzazione o comprovata esperienza nelle aree della medicina delle migrazioni, dell'emergenza-urgenza, della sanità pubblica o discipline affini.
- ☐ Di non trovarsi in situazioni di incompatibilità, conflitto di interessi o procedimenti disciplinari in corso.
- ☐ Di essere a conoscenza che le attività riguardano i controlli preliminari di salute e vulnerabilità (SOPs - Regolamento UE 2024/1356).

4. Disponibilità Oraria e Settimanale

Indicare il numero massimo di ore settimanali e le fasce di preferenza:

Ore settimanali

Fino a un massimo di _____ ore/settimana

Fasce orarie

[] Mattina (8-14) [] Pomeriggio (14-20) [] Notturmo/Festivo

Note/Disponibilità

Specificare i giorni (es. Lun-Ven): _____

Si allega alla presente copia del documento d'identità

Luogo e Data

Firma del Medico Dichiarante

Privacy: I dati personali saranno trattati esclusivamente per le finalità legate alla presente manifestazione di interesse ai sensi del Regolamento UE 2016/679.