

PEC: medicinaconvenzionata.asl.rieti@pec.it

OGGETTO: AVVISO MANIFESTAZIONE DI INTERESSE – FUNZIONE DOMICILIARE COVID19 (USCAD) al fine di potenziare l'accesso domiciliare di MMG/PLS a persone con sintomatologia febbrile.

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____
(nome) _____ nato/a il _____ a
_____ (prov. _____), Codice Fiscale n.
_____, residente in _____
alla Via _____ n. _____, c.a.p. _____,
recapito Tel. _____ recapito Cell. _____,
e-mail _____,

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO
in relazione all'emergenza sanitaria connessa alla diffusione del virus COVID 19**

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere:

- a) Medico di Assistenza Primaria, anche già titolari di incarico a tempo indeterminato/determinato;
- b) Pediatra di Libera Scelta, anche già titolari di incarico a tempo indeterminato/determinato;
- c) Medico di Continuità Assistenziale, anche già titolari di incarico a tempo indeterminato /determinato;
- d) Medico in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale;
- e) Medico che frequentano il corso di formazione in medicina generale, compatibilmente con la frequenza dei seminari;
- f) Laureato in medici e chirurgia abilitati ed iscritti all'Ordine dei Medici di _____ con il n. _____;

DICHIARA

- a) dove presta servizio: _____;
- b) di godere dei diritti politici ed il Comune nelle cui liste elettorali sono iscritto _____ oppure di non essere iscritto per determinati motivi e specificare quali: _____;
- c) di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso che impediscano il costituirsi del rapporto con la P.A. ed in caso positivo indicare quali: _____;
- d) in merito alle esperienze maturate nell'ambito dell'attività lavorativa:

- Di aver maturato esperienza nelle procedure di accesso, gestione ed utilizzo dei DPI o di essere adeguatamente formati in tal senso, come di seguito precisato:

- Di non essere formato nelle procedure di accesso, gestione ed utilizzo dei DPI e di essere comunque disponibile a seguire appositi percorsi formativi.

Luogo/data

Firma

N.B.: si allega documento d'identità in corso di validità.