

Prot. n. 6186 del 20/04/2012

**Al Direttore
della U.O.C. Relazioni con il Pubblico
D.ssa Angela Improta**

s e d e

OGGETTO: Delibera n.1551 del 28/12/2010 “decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n.150 – Istituzione Albo Pretorio Informatico “Richiesta pubblicazione art.5”..

Si chiede, ai sensi del Regolamento organizzativo adottato dall'Asl Napoli 3 sud con la delibera in oggetto, la pubblicazione sull'albo pretorio informatico dell'Asl Napoli 3 sud – link avvisi interni – **DISPONIBILITA' AD INCARICHI DI SOSTITUZIONE PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E/O EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE.**

**SI PRECISA CHE LA SCADENZA PER LA
PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA E' IL GIORNO
09/05/2012**

U.O. Personale Convenzionato Responsabile
Dott. Giuseppe Esposito

A V V I S O

SI INFORMANO I SIGG.RI MEDICI INTERESSATI, CHE
ESSENDO STATA PUBBLICATA SUL BURC N.22 DEL
10/04/2012 LA GRADUATORIA DEI MMG ANNO 2011
VALIDA PER IL 2012, POSSONO ESSERE RITIRATI
PRESSO LA PORTINERIA I MODULI PER LA
PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI SOSTITUZIONE
TRIMESTRALE E DI REPERIBILITA' DOMICILIARE DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE.

SI PRECISA CHE IL MODULO DELLA DOMANDA
RELATIVO ALLA SOSTITUZIONE, INDIRIZZATA AL
DIRETTORE GENERALE AZIENDALE, VA
PROTOCOLLATO PRESSO LA SEDE LEGALE AZIENDALE
DI VIA DE GASPERI 167 CASTELLAMMARE DI STABIA

IL MODULO DI REPERIBILITA' DOMICILIARE DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE, INDIRIZZATO AL
DIRETTORE SANITARIO DISTRETTUALE, VA INVECE
CONSEGNATO PRESSO I DISTRETTI DI APPARTENENZA
E LIMITROFI

SI PRECISA CHE LA SCADENZA PER LA PRESENTAZIONE
DELLA DOMANDA E' IL GIORNO 09/05/2012
PERTANTO NON SARANNO RITENUTE VALIDE
DOMANDE PERVENUTE DOPO TALE DATA

U.O. Personale Convenzionato Responsabile
Dott. Giuseppe Esposito



DOMANDA DATILOSCRITTA O IN CARATTERE STAMPATO

AL DIRETTORE GENERALE ASL NA3 SUD
CORSO A. DE GASPERI 167
80053 C.MARE DI STABIA

OGGETTO: DISPONIBILITA' AD INCARICHI DI SOSTITUZIONE PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E/O EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

IL SOTTOSCRITTO DOTT. _____ NATO IL _____

A _____ E RESIDENTE IN _____

C.A.P. _____ ALLA VIA/PIAZZA _____ NUM _____

TEL _____ CELL _____

LAUREATO IN MEDICINA E CHIRURGIA IN DATA _____ CON VOTO _____

ABILITATO NELLA _____ SESSIONE DELL'ANNO _____

COMUNICA

LA PROPRIA DISPONIBILITA' AD ACCETTARE INCARICHI DI SOSTITUZIONE PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E/O EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE:

() PRESSO CODESTA ASL () PRESSO LE AA.SS.LL. CONFINANTI

A TAL FINE DICHIARA

() DI ESSERE INSERITO NELLA GRADUATORIA UNICA REGIONALE, PUBBLICATA SUL BURC N. 22 del 10/04/2012 ALLA POSIZIONE _____ CON PUNTI _____

() DI ESSERE IN POSSESSO DEL TITOLO DI FORMAZIONE DI MEDICINA GENERALE DI CUI AL D.L.VO N. 256/91

() DI ESSERE IN POSSESSO DELL'ATTESTATO DI IDONEITA' AI SERVIZI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE, DI CUI AL COMMA 5 ART. 63 DPR 270/00

() DI ESSERE ISCRITTO AL CORSO DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE, PRESSO LA ASL _____, CON DECORRENZA _____ E SCADENZA _____

() DI ESSERE ISCRITTO AL CORSO DI SPECIALIZZAZIONE IN _____ PRESSO L'UNIVERSITA' DI _____ CON DECORRENZA _____ E SCADENZA _____

DATA _____

Firma _____



DOMANDA DATILOSCRITTA O IN CARATTERE STAMPATO

Al Direttore del Distretto n..... dell'ASL NA3SUD

**OGGETTO: DISPONIBILITA' A TURNI DI REPERIBILITA' DOMICILIARE
PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE SECONDO
L'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE**

IL SOTTOSCRITTO DOTT. _____ NATO IL _____

A _____ E RESIDENTE IN _____

C.A.P. _____ ALLA VIA/PIAZZA _____ NUM _____

TEL _____ CELL _____

LAUREATO IN MEDICINA E CHIRURGIA IN DATA _____ CON VOTO _____

ABILITATO NELLA _____ SESSIONE DELL'ANNO _____

COMUNICA

**LA PROPRIA DISPONIBILITA' AD ESSERE INSERITO NEI TURNI DI REPERIBILITA'
DOMICILIARE PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

() PRESSO CODESTO DISTRETTO () PRESSO I DISTRETTI CONFINANTI

A TAL FINE DICHIARA

() DI ESSERE INSERITO NELLA GRADUATORIA UNICA REGIONALE, PUBBLICATA SUL
BURC N. 22 del 10/04/2012 ALLA POSIZIONE _____ CON PUNTI _____

() DI ESSERE IN POSSESSO DEL TITOLO DI FORMAZIONE DI MEDICINA GENERALE DI
CUI AL D.L.VO N. 256/91

() DI ESSERE IN POSSESSO DELL'ATTESTATO DI IDONEITA' AI SERVIZI DI EMERGENZA
SANITARIA TERRITORIALE, DI CUI AL COMMA 5 ART. 63 D.P.R. 270/00

() DI ESSERE ISCRITTO AL CORSO DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE, PRESSO
LA ASL _____, CON DECORRENZA _____ E SCADENZA _____

() DI ESSERE ISCRITTO AL CORSO DI SPECIALIZZAZIONE IN _____
PRESSO L'UNIVERSITA' DI _____ CON DECORRENZA _____ E
SCADENZA _____

DATA _____

Firma _____

