

EMERGENZA COVID-19
AVVISO URGENTE PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER
MEDICI SPECIALISTI, MEDICI SPECIALIZZANDI E MEDICI LAUREATI
DISPONIBILI A PRESTARE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALE PRESSO L'ASL DI FOGGIA

***Alla presente manifestazione di interesse non può partecipare il personale già in servizio presso questa Azienda o altre Aziende del SSR**

Al Direttore Generale ASL Foggia
Dott. Vito Piazzolla

Il/la sottoscritto/a, nato/a il

a (.....), residente in.....,

via/piazza....., n. codice fiscale n.

....., telefono, cellulare.....,

e-mail **pec** **obbligatoria**

.....

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO dando disponibilità a prestare attività clinico assistenziale, presso le strutture Covid correlate dell'Azienda Sanitaria Locale di Foggia in relazione all'andamento dell'infezione da COVID-19

E CHIEDE

di essere iscritto nel seguente elenco (barrare la voce di interesse) di:

a) **MEDICI SPECIALISTI** con specializzazione in

Requisiti da rendere ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2020

- laurea in medicina e chirurgia;
- abilitazione all'esercizio della professione medica;
- iscrizione all'ordine professionale;
- specializzazione nelle seguenti discipline ed equipollenti:

b) **MEDICI SPECIALIZZANDI** iscritti all'ultimo e penultimo anno della scuola di specializzazione in

Requisiti da rendere ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2020

- laurea in medicina e chirurgia;
- abilitazione all'esercizio della professione medica;
- iscrizione all'ordine professionale;
- iscrizione all'ultimo e al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione

c) **MEDICI LAUREATI**

Requisiti da rendere ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2020

- laurea in medicina e chirurgia;
- abilitazione all'esercizio della professione medica;

- iscrizione all'ordine professionale.

*Possono partecipare al presente avviso anche i 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.

Il candidato deve presentare la domanda di partecipazione utilizzando esclusivamente, a pena di esclusione, la piattaforma online disponibile all'indirizzo www.gestioneconcorsipubblici.it/aslfg .

MODALITA' DI COMPILAZIONE DELLA DOMANDA

Per la compilazione della domanda i candidati devono effettuare le seguenti operazioni:

- A. Collegarsi al sito www.gestioneconcorsipubblici.it/aslfg
- B. All'interno della sezione cliccare sul link BANDO ATTIVO;
- C. Effettuare le operazioni di registrazione alla piattaforma inserendo le credenziali richieste dal sistema e generando la password;
- D. Al termine della registrazione, compilare la domanda seguendo i campi obbligatori;
- E. Allegare curriculum vitae e copia di un documento di identità in corso di validità.
- F. Inoltrare la domanda;
- G. Stampare la ricevuta di avvenuto inoltro.

Dichiara di aver preso visione e accettare:

- l'informativa sulla privacy e di essere consapevole che i propri dati saranno raccolti dall'Azienda Sanitaria Locale di Foggia per le finalità di gestione della presente manifestazione di interesse, ai sensi e per gli effetti di quanto dispone il Regolamento (UE) 2016/679;
- i contenuti del bando.

FIRMA