

**AVVISO PUBBLICO PER PRESTAZIONI DA RENDERSI, NELL'AMBITO DEL PROGETTO  
“COPERTURA ASSISTENZIALE SABATO, DOMENICA PREFESTIVI E FESTIVI” – AMBULATORIO DI  
CURE PRIMARIE (A.C.P.) PRESSO LA SEDE DISTRETTUALE DI LATINA-VIA CESARE BATTISTI.  
ANNO 2022/2023**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO PUBBLICO APPROVATO  
CON DELIBERAZIONE N°1192 DEL 09.11.2022**

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale, codice regionale n° \_\_\_\_\_

Avendo preso visione dell’Avviso approvato con la deliberazione citata e dell’Accordo regionale recepito con DCA n. 565/2017, compreso il trattamento economico previsto dallo stesso, autocertifica – consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell’art. 46 del DPR n. 445/2000 – oltre ai dati anagrafici sopra citati, di trovarsi nella seguente posizione di rapporti con la Regione Lazio tra quelli indicati nell’avviso:

[ ] Di essere in possesso del Diploma di Formazione in medicina Generale

[ ] Di essere convenzionato per l’Assistenza Primaria

- a tempo indeterminato  
 in sostituzione dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

[ ] Di essere in possesso di incarico di Continuità Assistenziale/Medicina dei Servizi per n° \_\_\_\_\_ ore

[ ] Di aver avuto precedente esperienza lavorativa in Ambulatori di Cure Primarie/Ambufest

Dichiara di aderire al suddetto progetto e si rende disponibile ad effettuare n° \_\_\_\_\_ ore settimanali presso la sede distrettuale di Latina, sita in Via Cesare Battisti.

Turno prescelto:

- Ore \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
 Ore \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Preso visione dell’informatica in materia di privacy allegata all’Avviso di che trattasi, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio dell’Unione Europea, si autorizza il trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Si allega copia di un documento d’identità in corso di validità**