

Marca da
bollo
vigente
€ 16,00

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA DI DISPONIBILITÀ PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI
SOSTITUZIONE E PROVVISORI, AI SENSI DELL'A.C.N. VIGENTE DEL 04/04/2024.

Il/La sottoscritt_ Dott. _____ -
codice fiscale: _____ - nat_ a _____ prov.
_____ il ____/____/_____, residente a _____ prov. _____ in
_____ - telefono: _____ cellulare:
_____ e-mail: _____ Pec: _____

- iscritto nella Graduatoria Definitiva della Medicina Generale valida per l'anno 2025, pubblicata sul BURL n. 90 del 07/11/2024;
- non iscritto nella Graduatoria Definitiva della Medicina Generale valida per l'anno 2025, pubblicata sul BURL n. 90 del 07/11/2024.

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria di disponibilità in qualità di Medico nella Medicina Generale, Continuità Assistenziale e Medicina dei Servizi Territoriali per il conferimento di incarichi di sostituzione, provvisori o a tempo determinato nell'Azienda Sanitaria Locale di Latina.

Allega alla presente:

- I. autocertificazione

(data)

(firma)

Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritt_ Dott. _____ nat_ a _____
_____ prov. _____ il ____/____/_____, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

1. di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____
in data ____/____/____ - voto di laurea: _____;
2. di aver conseguito l'abilitazione all'Esercizio Professionale in data ____/____/____;
3. di essere iscritt_ all' Ordine dei medici di _____ dal ____/____/____ al n. _____;
4. di essere in possesso dell'Attestato di Formazione specifica in Medicina Generale o titolo equipollente conseguito in data ____/____/____;
5. di essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale presso _____
_____ (specificare anno di frequenza);
6. di essere iscritto al Corso di specializzazione in _____
presso _____;
7. di avere in corso il seguente rapporto di lavoro (indicare ente, tipologia rapporto, decorrenza, impegno orario, sede): _____

8. di avere/non avere condanne o procedimenti penali in corso _____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene resa la dichiarazione.

(data)

(firma)

La ASL di Latina si riserva di verificare la veridicità di quanto su dichiarato.