

Marca da
bollo
vigente
€ 16,00

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA DI DISPONIBILITÀ PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI A TEMPO DETERMINATO O DI SOSTITUZIONE, 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 2026, pubblicata sul BURL n. 104 del 18/12/2025, alla posizione n. _____, con punti _____;
- ☐ non iscritto nella Graduatoria Definitiva della Medicina Generale valida per l'anno 2026, pubblicata sul BURL n. 104 del 18/12/2025.

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria di disponibilità Aziendale per la Medicina Generale in qualità di Medico per il conferimento di incarichi di provvisori, a tempo determinato e di sostituzione nell'Azienda Sanitaria Locale di Latina.

Allega alla presente:

1. autocertificazione
2. Documento di identità

(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.