

ASL LATINA  
DIPARTIMENTO DEI PROCESSI DI GOVERNO  
DELLE RISORSE UMANE, ECONOMICHE E ICT  
U.O.C. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE  
DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE E RECLUTAMENTO  
PEC: CONCORSI@PEC.AUSL.LATINA.IT

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 veritieri 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 veritieri, 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.