

Marca da
bollo
vigente
€16,00

SPETT. AZIENDA SANITARIA LOCALE DI RIETI
UOC POLITICHE DEL PERSONALE
VIA DEL TERMINILLO, 42
02100 - R I E T I

**OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso per la formazione della
Graduatoria Aziendale di disponibilità da utilizzarsi per il conferimento di
incarichi a tempo determinato e/o sostituzione di Medicina Generale, valida per
tutta la vigenza della Graduatoria Regionale di settore anno 2024.**

Il/la sottoscritto/a (COGNOME) * _____

(NOME) * _____ nato/a il _____

a _____ provincia di _____

CODICE FISCALE * _____ residente in _____

via _____ rec. Tel. _____

recapito cell. _____ e mail _____

INDIRIZZO PEC * _____

chiede di partecipare all'avviso in oggetto, pubblicato in data _____

con scadenza _____

(*) CAMPI OBBLIGATORI

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 DPR 445/00 e s.m.i., dichiara:

- 1) di essere: in possesso del Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con la votazione di _____;

- 2) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____
di essere iscritto all'ordine dei medici di _____ con tessera
n. _____ del _____;
- 3) di essere in possesso di attestato di formazione di med. gen. conseguito il
_____;
- 4) di essere attualmente iscritto al corso di formazione specifica in medicina
generale, presso Università di _____ iniziato nel mese
_____ durata legale di anni _____;
- 5) di essere attualmente iscritto al corso di specializzazione, presso Università
di _____ iniziato nel mese _____ durata legale di
anni _____;
- 6) di essere medico inserito nella Graduatoria Reg. di Settore anno 2024 in
posizione..... con punti
- 7) di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 21
dell'ACN Medicina Generale del 28/04/2022;
- 8) di svolgere le seguenti attività compatibili (*specificare eventuali rapporti
convenzionali in atto*).....;

- di individuare quale domicilio presso il quale dovrà, ad ogni effetto, essere
inviata ogni eventuale comunicazione relativa al presente avviso:

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Località _____ Rec. Telef. _____;

Si autorizza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e s.m.i. il
trattamento dei dati personali.

DATA _____

IL/LA DICHIARANTE

(firma leggibile)

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/00 e s.m.i. si allega copia fotostatica del documento
d'identità.

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE
ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

Il sottoscritto consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale(art.75 e 76 del DPR 28.12.2000 n.445

Trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 28.12.2000 N.445 quanto segue:

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ PROV _____ CAP _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____

DICHIARA

- Di aver provveduto al pagamento dell'imposta dovuta per le istanze di inserimento nelle graduatorie Regionali o Aziendali per la medicina convenzionata:

Numero identificativo della marca da bollo _____ del _____

- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate, pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data

Firma autografa leggibile
