

<p>Marca da bollo vigente €16,00</p>
--------------------------------------------------

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 2025.**

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 2025 in posizione..... con punti .....
- 7) di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 21 dell'ACN Medicina Generale del 04/04/2024;
- 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

\_\_\_\_\_