

**SI RACCOMANDA LA PUNTUALE COMPILAZIONE DI OGNI PUNTO SOTTO  
RIPORTATO. EVENTUALI OMISSIONI O PARZIALI COMPILAZIONI POTRANNO  
DETERMINARE L'ESCLUSIONE O L'AMMISSIONE CON RISERVA.**

SPETT. A.S.L. RIETI  
U.O.C. POLITICHE DEL PERSONALE  
VIA DELTERMINILLO, 42  
02100 - R I E T I

PEC: *medicinaconvenzionata.asl.rieti@pec.it*

**OGGETTO: Avviso pubblico, per soli titoli, riservato ai Medici di Medicina Generale, per l'attribuzione di incarico libero professionale, di durata annuale, per lo svolgimento di attività di Medicina Necroscopica.**

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_), Codice Fiscale  
n. \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ alla  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, c.a.p. \_\_\_\_\_, recapito Tel. \_\_\_\_\_  
recapito Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO:

\_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
ISCRIZIONE ALL'ALBO DELL'ORDINE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_  
N. \_\_\_\_\_;

### CHIEDE

di partecipare all'avviso in oggetto, pubblicato in data \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_.

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:
- a) medico titolare a tempo indeterminato di Assistenza Primaria a ciclo di scelta presso la A.S.L. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (con numero di assistiti \_\_\_\_\_);
- b) medico titolare a tempo indeterminato di Assistenza Primaria a rapporto orario (con incarico di n. \_\_\_\_\_ ore sett.li) presso la A.S.L. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

c) medico titolare a tempo indeterminato di Medicina dei Servizi (con incarico di n. \_\_\_ ore sett.li ) presso la A.S.L. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ;

d) laureati in medicina e chirurgia in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 (conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_);

e) laureati in medicina e chirurgia frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

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

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ , c.a.p. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_, Provincia di \_\_\_\_\_ , recapito tel. \_\_\_\_\_ .

3) DI ESSERE CITTADINO ITALIANO;  
ovvero di avere la seguente cittadinanza \_\_\_\_\_;  
(N.B.: i cittadini extracomunitari devono anche allegare il regolare permesso di soggiorno).

1) DI ESSERE ISCRITTO NELLE LISTE ELETTORALI DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_;  
ovvero di non essere iscritto per i seguenti motivi \_\_\_\_\_;

2) DI NON AVER, A TUTT'OGGI, RIPORTATO CONDANNE PENALI;  
ovvero (specificare condanne penali riportate) \_\_\_\_\_;

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, attesta che le dichiarazioni di cui sopra si intendono rese ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti "sensibili", in ordine alla comunicazione ed alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo quanto stabilito dal D. L.vo 30/06/2003, n. 196.

DATA \_\_\_\_\_

IL/LA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

**Documentazione da allegare o autocertificare nei modi previsti dalla legge:**

- laurea in Medicina e Chirurgia;
- iscrizione all'albo dell'ordine dei medici-chirurghi;
- corso triennale di formazione in medicina generale;

**Documentazione da allegare:**

- curriculum formativo e professionale, datato e firmato, redatto in carta semplice;
- fotocopia carta d'identità.