

**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 riservato ai Medici di Medicina Generale presenti nei distretti aziendali, per l'acquisizione di ulteriori disponibilità, per prestazioni da rendere presso gli Ambulatori di Cure Primarie nel Distretto 1 "Rieti-Antrodoco-S. Elpidio" con sede a Rieti e del Distretto 2 "Salario-Mirtense" con sede a Poggio Mirteto.

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) medico inserito nella graduatoria regionale di settore della Regione Lazio, valida per l'anno 2023, alla posizione n. _____ con punti _____;

e) 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 _____);

f) laureati in medicina e chirurgia frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale presso _____ dal _____

2) di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 21 dell'A.C.N. Medicina Generale 28/04/2022;

3) 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. _____.

Avendo preso visione del progetto denominato "Copertura assistenziale sabato, domenica e festivi" proposto dalla Regione Lazio, formalizza la propria disponibilità ad aderire al progetto e si rende disponibile ad effettuare n° _____ ore settimanali, presso il Distretto 1 / il Distretto 2, secondo le modalità stabilite dal progetto.

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)