

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 2023.**

**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 2023 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.

<b>MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE</b>
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

\_\_\_\_\_