

**SI RACCOMANDA LA PUNTUALE COMPILAZIONE DI OGNI PUNTO SOTTO RIPIPORTATO.
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: Domanda di partecipazione all'avviso di selezione tramite procedura comparativa per titoli e colloquio riservato ai Medici di Medicina Generale per l'acquisizione di ulteriori disponibilità allo svolgimento di incarichi di guardia attiva dei medici incaricati presso Presidio di Assistenza Territoriale di Magliano Sabina.

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. _____;

CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE CONSEGUITO IL
_____ PRESSO _____;

per i titoli di studio stranieri: equipollente al seguente titolo di studio italiano

_____.

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 presso la A.S.L. _____ dal _____ (con numero di assistiti _____);
medico titolare a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale (con incarico di n. ____ ore sett.li) presso la A.S.L. _____ dal _____ ;
- b) medico titolare a tempo indeterminato di Medicina dei Servizi (con incarico di n. ____ ore sett.li) presso la A.S.L. _____ dal _____ ;
- c) medico inserito nella graduatoria regionale di settore della Regione Lazio, valida per l'anno 2024, alla posizione n. _____ con punti _____ ;
- 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 _____
- f) laureati in medicina e chirurgia che abbiano conseguito il titolo di BLSD o superiore (conseguito il _____ presso _____)

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. _____ .

4) 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) _____;

3) di aver preso visione del relativo avviso pubblico e di sottostare a tutte le condizioni in esso stabilite ed alle norme tutte di legge e dei regolamenti interni ed eventuali successive modifiche degli stessi.

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;
- titolo di BLSD o superiore

Documentazione da allegare:

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