

**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. AZIENDA U.S.L. RIETI  
U.O.C. Amministrazione del Personale dipendente, a  
convenzione e collaborazioni  
VIA DEL TERMINILLO, 42  
02100 R I E T I

**OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso di selezione tramite procedura per soli titoli riservato ai Medici di Medicina Generale per l'acquisizione di ulteriori disponibilità allo svolgimento di incarichi di guardia attiva dei medici incaricati presso il Punto di Primo Intervento attivo all'interno della Casa della Salute 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 2021, 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 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. 17 dell'A.C.N. Medicina Generale 23/03/2005 e s.m.i.;

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 BLSO o superiore

**Documentazione da allegare:**

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