

Marca da  
bollo  
vigente  
€16,00

SPETT. AZIENDA SANITARIA LOCALE DI RIETI  
UOC AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE, A  
CONVENZIONE E COLLABORAZIONI  
VIA DEL TERMINILLO, 42  
02100 - R I E T I

**OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso per la formazione della graduatoria aziendale di disponibilità, per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel servizio di medicina dei servizi territoriali, valida per tutta la vigenza della Graduatoria Unica Regionale di MMG anno 2022.**

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 di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e abilitato all'esercizio professionale il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_;

- 2) di essere attualmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;
- 3) di essere / non essere titolare di Medicina Generale con n. \_\_\_\_\_ scelte in data \_\_\_\_\_ presso la ASL \_\_\_\_\_
- 4) di essere / non essere Titolare di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali di Continuità Assistenziale presso la ASL \_\_\_\_\_
- 5) di essere / non essere Titolare di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali di Medicina dei Servizi presso la ASL \_\_\_\_\_
- 6) di essere / non essere inserito nella graduatoria unica regionale di MMG definitiva anno 2022, nella posizione \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_
- 7) 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.

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE  
ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

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

\_\_\_\_\_