

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
