

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 da utilizzarsi per il conferimento di
 incarichi a tempo determinato e/o sostituzione di Continuità Assistenziale e
 Assistenza Primaria, valida per tutta la vigenza della Graduatoria Regionale di
 settore 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 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 2022 in posizione..... con punti
- 7) di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 17 dell'ACN Medicina Generale 23.03.2005 e s.m.i.;
- 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.

**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
