

OGGETTO: Istanza per l'inserimento nella graduatoria aziendale anno 2024 di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarichi provvisori a tempo determinato o per l'affidamento di sostituzioni per l'Assistenza Primaria a ciclo di scelta, per la l'Assistenza Primaria a quota oraria (Continuità Assistenziale) e l'Emergenza Sanitaria Territoriale, giusta art.11 dell'Accordo Regionale di Continuità Assistenziale - riapertura termini scadenza 30/04/2024.

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
mobile \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

secondo quanto previsto dall'art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 28/04/2022,

**CHIEDE**

ai sensi dell'art.11 dell'Accordo Regionale di Continuità Assistenziale, l'inserimento nella Graduatoria Aziendale di Medicina Generale, valida per l'anno 2024, relativamente a:

- Assistenza Primaria a ciclo di scelta       Assistenza Primaria a ciclo di scelta a quota oraria (Continuità Assistenziale)       Emergenza Sanitaria Territoriale

indicare esplicitamente (*barrando una o più caselle*) a quale/i settore/i di attività intendono partecipare.

A tal fine in conformità dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, formalmente il/la sottoscritto/a

**DICHIARA**

- a) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
- b) di essere residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- c) di essere domiciliato in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- d) di eleggere il proprio "domicilio informatico" con la PEC (Posta Elettronica Certificata) per richieste da e per la Pubblica Amministrazione \_\_\_\_\_;
- e) che l'originale della domanda, inviata tramite PEC, risulta in mio possesso e di produrlo in caso di controllo;
- f) di essere – di non essere (1) cittadino italiano;
- g) di essere – di non essere (1) cittadino di altro Paese appartenente alla UE \_\_\_\_\_;
- h) di essere – di non essere (1) cittadino del seguente Stato \_\_\_\_\_ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3bis del D.lgs n. 165/2001 e s.m.i. ;
- i) di godere – di non godere (1) dei diritti civili e politici;
- j) di aver – di non aver (1) riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di giudizi civili e/o amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- k) di essere – di non essere (1) a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- l) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ con voto \_\_\_/\_\_\_;
- m) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;
- n) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_;
- o) di essere – di non essere (1) inserito/a nella Graduatoria Regionale definitiva di Medicina Generale anno 2024, pubblicata sulla GURS (P. I) n. 49 del 24/11/2023 con la seguente posizione n. \_\_\_\_\_;
- p) di aver – di non aver (1) acquisito il titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ nella Regione \_\_\_\_\_;
- q) di essere – non essere (1) iscritto al Corso Formazione Specifica in Medicina Generale triennio \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ con inizio di frequenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ nella Regione \_\_\_\_\_;
- r) di essere – non essere (1) iscritto alla Scuola di Specializzazione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_;
- s) di essere – non essere (1) in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di aver ricevuto l'informativa privacy (Allegato B) sul trattamento dati, di cui al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e al D. Lgs n. 196/2003, modificato con D. Lgs. n. 101 del 10/08/2018.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare qualsiasi variazione intervenga in merito a quanto sopra dichiarato.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma (\*) \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(\*) Art. 38, terzo comma, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445: Le istanze e le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.