|  |
| --- |
| **Al Direttore Generale**  **BOLLO € 16,00**  **ASST Valle Olona**  **Trasmissione via PEC**  **PEC:**[**protocollo@pec.asst-valleolona.it**](mailto:protocollo@pec.asst-valleolona.it) |

**Oggetto: Domanda per l’inserimento nella graduatoria aziendale anno 2025 di Medici**

**disponibili all’attribuzione di incarichi provvisori e/o sostituzioni quale Medico di**

**Assistenza Primaria a ciclo di scelta.**

Il/La sottoscritto/a Dr./ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC personale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (obbligatorio)

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserito/a nella graduatoria di ASST Valle Olona dei Medici disponibili per l’attribuzione di incarico provvisorio e/o di sostituzione quale Medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta per l’anno 2025.

A tale fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del

D.P.R. 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA DI RIENTRARE NELLA SEGUENTE TIPOLOGIA** (barrare l’opzione scelta)

1. Medici iscritti in graduatoria regionale anno 2025 (indicare punteggio): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale

successivamente al 31.01.2024, termine ultimo per la presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale (indicare data conseguimento titolo):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente in Regione Lombardia (indicare il Polo formativo presso il quale si svolge il corso)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Medici iscritti all’albo professionale successivamente alla data del 31.12.1994;
3. Medici iscritti ai corsi di specializzazione (indicare tipologia corso e sede universitaria)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per soli incarichi di Sostituzione:

1. Medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale in altre Regioni, differenti da Regione Lombardia (indicare la Regione di iscrizione)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**DICHIARO INOLTRE QUANTO SEGUE**

º di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_\_\_/110 e

Lode si \_ no \_

º di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio della professione conseguita in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

º di essere iscritto/a all’Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega: **fotocopia fronte/retro del documento di identità valido**

ai sensi del Regolamento (UE) 2013/679 del 27 aprile 2016 autorizzo ASST a sottoporre a trattamento i dati personali che mi riguardano in quanto necessari ai fini dell’espletamento delle attività connesse al procedimento di conferimento incarichi provvisori per la pediatria, nonché per i connessi obblighi di legge.

N.B.: Fermo restando quanto previsto dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 qualora dal controllo di cui all’art. 71 del medesimo Decreto emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.