



Imposta
di Bollo
€ 16,00

AL DIRETTORE GENERALE
ASST PAPA GIOVANNI XXIII
Mail pec: ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it

Oggetto: Domanda di inclusione nella graduatoria aziendale per l'anno 2025 per l'attribuzione di incarichi provvisori e di sostituzione nel servizio di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta.

Il/la sottoscritto/a Dr./dr.ssa _____

nato/a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____ Residente a _____

Prov. _____ C.A.P. _____ Via _____ n° _____

Domiciliato/a (solo se diverso dalla residenza) a _____

Prov. _____ C.A.P. _____ Via _____

Cellulare _____

PEC personale (obbligatorio) _____

Email _____

Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di _____

in data ____/____/____ voto Laurea ____/____, iscritto/a all'Ordine dei Medici di _____

CHIEDE

di essere incluso/a nella graduatoria aziendale dell'ASST Papa Giovanni XXIII per l'anno 2025 per l'assegnazione di incarichi provvisori e/o di sostituzione per il ruolo unico dell'assistenza primaria a ciclo di scelta.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dall'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

- Di aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ in data _____ con votazione ____/____
- Di aver acquisito l'abilitazione professionale in data _____
- Di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____ con n° iscrizione _____
- Di essere iscritto/a al corso di Specializzazione dal _____;

- Di essere inserito/a nella graduatoria di settore per l'Assistenza Primaria della Regione Lombardia per l'anno 2025. Posizione in graduatoria _____ con il punteggio di _____;
- Di essere in possesso del Titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale, conseguito in data ____/____/____ e cioè successivamente alla data di presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
- Di essere iscritto/a al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale in Regione Lombardia, data inizio corso _____, presso il Polo Formativo di _____ anno _____ (indicare se iscritto al 3°, 2° o 1° anno);
- Di essere iscritto/a al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale in **altre Regioni** (indicare la Regione _____), dal/data inizio corso _____ anno _____ (indicare se iscritto al 3°, 2° o 1° anno);

Altro da dichiarare o note:

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione a quanto sopra dichiarato.

Da allegare:

1. Allegato L (dichiarazione sostitutiva atto notorio).
2. Fotocopia documento d'identità in corso di validità*

Luogo e data, _____

Firma _____

Dichiarazione sulla privacy

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 sulla **privacy** autorizzo l'ASST Papa Giovanni XXIII a sottoporre a trattamento i dati personali che mi riguardano in quanto necessari ai fini dell'espletamento delle attività connesse al procedimento di conferimento degli incarichi provvisori per l'assistenza primaria, nonché per i connessi obblighi di legge.

Luogo e data, _____

Firma _____

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 conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

(*) Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un documento d'identità del sottoscrittore.