

**Imposta di
bollo
euro 16,00**

AL DIRETTORE GENERALE
ASST PAPA GIOVANNI XXII
e-mail pec: ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it

Oggetto: Domanda per l'inserimento nella graduatoria aziendale dei medici del ruolo unico di Assistenza Primaria a Rapporto Orario (ex Continuità Assistenziale) disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato, per il periodo dal 01/04/2025 al 31/03/2026.

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____

Nato/a a _____ prov. (____) il _____

residente a _____ prov. (____) in Via _____ n. _____

Tel. _____ email _____

Email Pec (obbligatoria) _____

Indicare il domicilio presso il quale possono essere inviate eventuali comunicazioni (se diverso dalla residenza) _____

N.B.: si prega di indicare in modo leggibile il numero telefonico presso cui poter essere contattato in orari d'ufficio.

Se la chiamata da parte dell'ASST darà esito negativo, si procederà oltre, interpellando il medico collocato in posizione successiva di graduatoria.

Il sottoscritto si impegna a comunicare eventuali successive variazioni, esonerando l'ASST Papa Giovanni XXIII da qualsiasi responsabilità in caso di irreperibilità al numero telefonico indicato.

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria aziendale per la assegnazione dell'incarico in oggetto.

A tale scopo, avvalendosi della facoltà concessa dall'art. 76 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste 76 del citato DPR per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la sua personale responsabilità:

DICHIARA

- 1) di essere cittadino/a _____ (per i cittadini extraeuropei è obbligatorio allegare la carta di soggiorno);
- 2) di non aver riportato condanne penali (in caso affermativo indicare le condanne penali riportate) _____;
- 3) di essere in possesso dei seguenti titoli richiesti dal bando quali requisiti di ammissione:

- a) diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data _____
presso _____ con la votazione di _____.
Età alla data di conseguimento del Diploma di Laurea:
Anni _____ mesi _____ giorni _____
- b) abilitazione all'esercizio della professione conseguita in data _____
presso _____
- c) iscrizione all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ a decorrere dal
_____ n° iscrizione _____;

4) di essere inserito nella graduatoria regionale a valere per la Continuità Assistenziale anno 2025 con il punteggio di _____;

Oppure:

- a) di non essere inserito in graduatoria regionale, ma 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;

Oppure:

- b) di essere iscritto al Corso di Formazione specifica in Medicina Generale in Regione Lombardia in altra Regione, dal _____;

Oppure:

- c) di aver acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994 (ovvero di aver prestato servizio presso l'ATS di Bergamo, o non aver mai lavorato);

5) di essere iscritto a Corsi di Specializzazione. La specializzazione verrà conseguita nell'anno _____;

6) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato quale MAP presso l'ASST di _____ dal _____ con attuale carico assistiti di n° _____

7) di essere in possesso, già all'atto della presentazione della domanda, di patente di guida e di automezzo proprio da utilizzare per l'espletamento del Servizio, qualora non fosse possibile utilizzare l'auto aziendale;

Altro da dichiarare o note:

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

I sottoscritt_ dichiara inoltre di aver preso atto di tutte le condizioni stabilite nell'avviso e nella presente domanda, nonché delle disposizioni di cui all'ACN per la Medicina Generale del 08/02/2024 e delle condizioni di non inclusione nella graduatoria o di revoca dell'incarico già conferito.
Acconsente al trattamento dei propri dati per le finalità indicate nell'avviso pubblico.

Allegati:

Sono obbligatori i seguenti documenti:

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

Luogo e data, _____

Firma _____

(*) 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.

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.

NB: **la domanda dovrà pervenire**, entro 30 giorni dalla pubblicazione sul sito istituzionale dell'ASST Papa Giovanni XXIII, **esclusivamente** all'indirizzo PEC: **ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it**