

AL DIRETTORE GENERALE

**Imposta di Bollo**

**€ 16,00**

ASST PAPA GIOVANNI XXIII

Mail pec: [**ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it**](mailto: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.