

Imposta  
di Bollo  
€ 16,00

AL DIRETTORE GENERALE  
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 2026 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 2026** 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 veritieri 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 2026. 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.