



Al Direttore Generale  
ASST Lariana

BOLLO € 16,00

Trasmissione via PEC

PEC: [protocollo@pec.asst-lariana.it](mailto:protocollo@pec.asst-lariana.it)

**Oggetto: Domanda per l'inserimento nella graduatoria aziendale anno 2024 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 Lariana 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 2024.

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 (barrare le diverse opzioni)

(per i Medici già inseriti nella graduatoria regionale che non avevano già espresso la disponibilità per l'inserimento nella graduatoria aziendale)

di essere inserito nella graduatoria regionale anno 2024 con il punteggio di \_\_\_\_\_ punti;

### OPPURE

(per i Medici non inseriti nella graduatoria regionale)

di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_/110 e Lode si \_ no \_

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



- ° di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_;
- ° di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito in data \_\_\_\_\_;
- ° di essere iscritto/a al corso di formazione specifica in medicina generale triennio \_\_\_\_\_ presso la seguente Regione \_\_\_\_\_;
- ° di essere iscritto/a al corso di specializzazione in \_\_\_\_\_;

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.