

Bollo
€ 16,00

Al Direttore Generale
della ASST Rhodense
viale Enrico Forlanini, 95
20024 Garbagnate Milanese (MI)

P.E.C.: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it

Oggetto: Domanda per l'inserimento nelle graduatorie aziendali di Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad Attività Oraria (Continuità Assistenziale) disponibili al conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzioni, per l'anno 2025.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ Prov. ____ il ____/____/____

Codice Fiscale _____ residente a _____ Prov. ____

C.A.P. _____ Via _____ n. ____ tel. /cell. _____

Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di

_____ in data ____/____/____

Voto di Laurea _____

Iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____;

Domicilio digitale P.E.C. _____ (obbligatorio)

E-mail ordinaria _____ (obbligatoria)

CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria della:

- ASST Rhodense
- ASST Ovest Milanese
- ASST Nord Milano

dei **Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad Attività Oraria** disponibili per l'attribuzione di incarichi provvisori e sostituzioni per l'anno 2025.

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

Per gli incarichi provvisori a tempo determinato/sostituzioni:

- a) per coloro che sono già inseriti nella graduatoria regionale che non avevano già espresso la disponibilità per l'inserimento nella graduatoria aziendale:

di essere inserito/a nella graduatoria regionale anno 2025 con il punteggio di _____
punti;

b) per coloro che non sono inseriti nella graduatoria regionale:

- o di essere in possesso del Titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito
in data ____/____/____;
- o di essere iscritto al Corso di Formazione specifica in medicina generale nella regione
Lombardia, dal _____;
- o di essere iscritto al Corso di Formazione specifica in medicina generale di altre regioni
dal _____;
- o di essere iscritto all'albo professionale successivamente alla data del 31 dicembre 1994
precisamente in data _____;
- o di essere iscritto a un corso di specializzazione dal _____;
- o di essere in possesso della patente categoria B numero _____.

_____, ____/____/____ Firma _____

Allegati:

- o dichiarazione informativa sostitutiva di atto notorio, Allegato L dell'ACN, datata e sottoscritta;
- o copia documento di identità.

ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 autorizzo la A.S.S.T. 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 Continuità Assistenziale, nonché per i connessi obblighi di legge.

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.

Firma _____