

**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](mailto:protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it)

**Oggetto: Domanda per l'inserimento nelle graduatorie aziendali di Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta (medicina generale) 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 a Ciclo di Scelta** 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 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Allegati:

- c) Dichiarazione Informativa sostitutiva di atto notorio, Allegato L dell'ACN, datata e sottoscritta;
- d) 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 l'Assistenza Primaria, 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 \_\_\_\_\_