

Il/la sottoscritt_ Dr./ssa _____,
nat_ a _____ il _____,
residente a _____ CAP _____ Via _____,
tel. _____ indirizzo mail _____,
PEC _____, laureato/a in Medicina e Chirurgia presso
l'Università di _____ in data _____ con voti _____ ed
abilitato/a nella _____ sessione dell'anno _____, iscritto/a all'Ordine Professionale dei
Medici della Provincia di _____ n° _____,

chiede

di essere inserito/a nelle graduatorie per il conferimento di incarichi, a tempo determinato o di sostituzione, nei settori di Assistenza Primaria, di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria Territoriale di codesta ASP (*cancellare la voce che non interessa*) da utilizzare per l'anno 2020.

A tal fine dichiara:

- di essere/non essere inserito nella Graduatoria regionale definitiva del Settore di Continuità Assistenziale, valida per il 2020, in posizione n. _____ con punti _____;
- di essere/non essere inserito nella Graduatoria regionale definitiva del Settore di Emergenza Sanitaria Territoriale, valida per il 2020, in posizione n. _____ con punti _____;
- di essere/non essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale acquisito in data _____ presso la Regione _____;
- di essere/non essere in possesso dell'Idoneità all'Esercizio dell'Attività di Emergenza (118) acquisito in data _____ presso la Regione _____;
- di essere/non essere iscritto/a al Corso di Specializzazione di _____ presso l'Università di _____;
- di frequentare / non frequentare il Corso di Formazione in Medicina Generale;

Dichiara, altresì, che le notizie sopra riportate corrispondono al vero(*).

Allega copia fotostatica di un documento d'identità.

_____ lì _____

Firma
