

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 nella graduatoria del settore sotto indicato, da utilizzare per l'anno 2021, per il conferimento di incarichi a tempo determinato o di reperibilità in codesta ASP,

- Assistenza Primaria
- Continuità Assistenziale
- Emergenza Sanitaria Territoriale

(segnare i settori cui si è interessati)

A tal fine dichiara:

- di essere/non essere inserito nella Graduatoria regionale definitiva del settore di Assistenza Primaria - Continuità Assistenziale – Emergenza Territoriale valida per il 2021, 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 frequentare / non frequentare il Corso di Formazione in Medicina Generale, polo di _____;
- di essere/non essere iscritto/a al Corso di Specializzazione di _____ presso l'Università di _____;

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

Allega copia fotostatica di un documento d'identità.

_____ lì _____

Firma

(*).Dichiarazione resa ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445 del 28/12/2000.