

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 2023, per il conferimento di incarichi: a tempo determinato e/o di sostituzione, in codesta ASP

- Assistenza Primaria
- Continuità Assistenziale
- Emergenza Sanitaria Territoriale
- Reperibilità
- Reperibilità (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 Sanitaria Territoriale, valida per l'anno 2023, 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, polo di \_\_\_\_\_;

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

*Allega copia fotostatica di un documento d'identità.*

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_