

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 aziendale per il conferimento di incarichi provvisori di Assistenza Primaria ad attività oraria presso le Unità di Continuità Assistenziale (UCA) aziendali, sensi dell'art. 37, dell'A.C.N. 2022.

A tal fine dichiara, conformemente a quanto indicato nell'avviso:

1. di detenere incarico a tempo determinato/indeterminato, come medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta presso l'ASP di _____, dal _____, con n. _____ scelte;
2. di detenere incarico a tempo determinato/indeterminato, come medico di Assistenza Primaria ad attività oraria, presso l'ASP di _____, dal _____, per numero di ore _____;

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

Acclude:

Copia fotostatica del documento d'identità (Allegato A);

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (Allegato A1);

_____ lì _____

Firma

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