

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' PER
INCARICHI PROVVISORI NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE - ANNO 2019 -**

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci il DPR 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dei benefici (artt. 75 e 76)

DICHIARA

a) di non trovarsi nella posizione di incompatibilità di cui all'art. 17 dell'ACN23/3/2005 e s.m.i.

b) di essere nato/a _____ il _____

residente a _____ c.a.p. _____

in Via _____ N. _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Fiscale

di aver conseguito il diploma di laurea in data _____ con voto _____ / _____

di aver conseguito l'abilitazione in data _____

Recapiti telefonici _____

indirizzo e-mail _____

indirizzo PEC _____

Ordine dei Medici di _____ N° _____ Codice ENPAM _____

Carta di Identità Patente Passaporto

N° _____ data scadenza _____ (Fotocopia allegata datata e firmata)

c) obbligatorio barrare solo uno dei requisiti sottostanti:

Di essere inserito nella Graduatoria Regione Lazio definitiva di settore valida per l'anno 2019 pos.N° _____

Di aver conseguito l'attestato di formazione specifica in MMG il _____ o equipollenti e cioè abilitati entro il 31/12/1994 (Norma transitoria 4)

Di aver acquisito l'abilitazione professionale successivamente al 31/12/1994 (Norma Finale 5)

Di essere iscritto al Corso di formazione specifica in Medicina Generale (L. 448/2001 art. 19, c. 11)

Di essere iscritto al Corso di Specializzazione (L. 448/2001 art. 19, c. 11)

CHIEDE, ai sensi e per gli effetti del relativo AVVISO

Di essere inserito nella GRADUATORIA AZIENDALE dei medici disponibili per il conferimento di incarichi provvisori (a tempo determinato o sostituzioni) di 24 ore settimanali di Continuità Assistenziale nei Distretti della ASL di Frosinone

Di essere inserito nella lista per i turni di REPERIBILITA' nel Distretto Sanitario della ASL di Frosinone _____ (specificare solo un distretto - A - B - C - D)

(barrare uno o entrambi i riquadri)

DICHIARA altresì di essere a conoscenza:

a) che la presente domanda ha validità fino alla pubblicazione della graduatoria definitiva regionale 2020

b) che quanto dichiarato potrà essere sottoposto a verifica in qualsiasi momento e si impegna a comunicare, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione intervenga a quanto affermato con la presente.

Data _____

Firma _____

Si raccomanda di scrivere in STAMPATELLO MAIUSCOLO (anche gli indirizzi PEC e EMAIL barrando lo zero) in modo leggibile, la ASL declina ogni responsabilità per eventuale errata interpretazione della scrittura.