



**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITÀ PER IL  
CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE NEL SERVIZIO DI  
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE VALEVOLE DAL 1° APRILE 2016 AL 31 MARZO 2017**

ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale,  
dell'art. 9 dell'AIR di cui alla D.G.R. 42/2007, dell'art. 1 dell'AIR di cui alla D.G.R. 1534/2009

RACCOMANDATA

Spett.le  
ASL 5  
Via Fazio 30  
19121 LA SPEZIA  
(o [protocollo.generale@pec.asl5.liguria.it](mailto:protocollo.generale@pec.asl5.liguria.it))

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ M  F

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale | \_\_\_\_\_ Comune di residenza \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

n. Tel./Cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- Di essere iscritto/a alla graduatoria aziendale di disponibilità di Codesta ASL per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nel servizio di Continuità Assistenziale, ai sensi del vigente ACN della Medicina Generale e dell'AIR approvato con D.G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, valevole per il periodo dal 1° aprile \_\_\_\_\_ al 31 marzo \_\_\_\_\_

- che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza;

il seguente domicilio: \_\_\_\_\_

**A tal fine, ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.**

**DICHIARA**

1)  **di essere residente** /  **di non essere residente** nel territorio della ASL \_\_\_\_\_ ;  
*in caso affermativo completare:* a far data dal \_\_\_\_\_;

2)  **di essere** /  **di non essere** in possesso di patente di guida;

3) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ e abilitato all'esercizio professionale il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_;

4) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;

5)  **di essere** /  **di non essere** iscritto alla vigente graduatoria regionale della medicina generale  
*in caso affermativo completare:* collocato al \_\_\_\_\_ posto e con punti \_\_\_\_\_;

6)  **di essere** /  **di non essere** iscritto/a al corso di formazione specifica in Medicina Generale (D. Lgs. 256/1991, D.Lgs. 368/1999 e D.Lgs 277/2003),  
*nel caso di iscrizione indicare il relativo anno di frequenza:*  
 primo anno       secondo anno       terzo anno;

7)  **di essere** /  **di non essere** iscritto/a al corso di specializzazione in \_\_\_\_\_ ,  
*nel caso di iscrizione indicare il relativo anno di frequenza:*  
 primo anno     secondo anno     terzo anno     quarto anno;

8)  **di essere** /  **di non essere** in possesso dell'Attestato di formazione in Medicina Generale;

9)  **di detenere** /  **di non detenere** rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato;  
*in caso affermativo specificare il tipo di rapporto e le ore settimanali svolte:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

10)  **di essere** /  **di non essere** incorso in procedimenti disciplinari ex art. 30 dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale;

11)  **di aver svolto** alla data del **31 dicembre** \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ore di servizio effettivo di Continuità Assistenziale, così ripartite presso le seguenti Aziende:

|           |           |          |              |
|-----------|-----------|----------|--------------|
| ASL _____ | dal ..... | al ..... | n. ore _____ |
| ASL _____ | dal ..... | al ..... | n. ore _____ |
| ASL _____ | dal ..... | al ..... | n. ore _____ |
| ASL _____ | dal ..... | al ..... | n. ore _____ |
| ASL _____ | dal ..... | al ..... | n. ore _____ |
| ASL _____ | dal ..... | al ..... | n. ore _____ |
| ASL _____ | dal ..... | al ..... | n. ore _____ |
| ASL _____ | dal ..... | al ..... | n. ore _____ |
| ASL _____ | dal ..... | al ..... | n. ore _____ |
| ASL _____ | dal ..... | al ..... | n. ore _____ |

**Totale ore** \_\_\_\_\_

12) Di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati dall'Azienda, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Il sottoscritto allega copia fotostatica di documento di identità personale in corso di validità.**

**Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (ex art.76 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.**

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma per esteso (1) \_\_\_\_\_

(1) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica possono essere sottoscritte con firma non autenticata se vengono inviate unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità del sottoscrittore