

|__| 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 /** • **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 _____
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