



- 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 /** • **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