

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 nelle graduatorie per il conferimento di incarichi Provvisori di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria Territoriale di codesta ASP (*cancellare la voce che non interessa*) da utilizzare per l'anno 2019.

A tal fine dichiara:

- di essere/non essere inserito nella Graduatoria regionale definitiva del Settore di Continuità Assistenziale, valida per il 2019, in posizione n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;
- di essere/non essere inserito nella Graduatoria regionale definitiva del Settore di Emergenza Sanitaria Territoriale, valida per il 2019, in posizione n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;
- di essere/non essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale acquisito in data \_\_\_\_\_ presso la Regione \_\_\_\_\_;
- di essere/non essere in possesso dell'Idoneità all'Esercizio dell'Attività di Emergenza (118) acquisito in data \_\_\_\_\_ presso la Regione \_\_\_\_\_;
- di essere/non essere iscritto/a al Corso di Specializzazione di \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;
- di frequentare / non frequentare il Corso di Formazione in Medicina Generale;

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

*Allega copia fotostatica di un documento d'identità.*

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_