

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**

ai sensi del D.A. n. 540/2017 di essere inserito/a nella graduatoria del settore sotto indicato, da utilizzare per l'anno 2024, per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o di sostituzioni, in codesta ASP:

- Assistenza Primaria ad attività oraria
- Assistenza Primaria ad attività oraria - (Reperibilità)

A tal fine dichiara:

- di essere/non essere inserito nella Graduatoria regionale definitiva del Settore di Assistenza Primaria a ciclo di scelta – Assistenza Primaria ad attività oraria - Emergenza Sanitaria Territoriale, valida per l'anno 2024, 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, polo di \_\_\_\_\_;

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

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

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

(\*)Dichiarazione resa ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445 del 28/12/2000.