

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 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

- **Emergenza Sanitaria Territoriale**

A tal fine dichiara:

- di essere/non essere inserito nella Graduatoria Regionale definitiva del Settore di 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;*
- *copia attestato di idoneità per l'Emergenza Sanitaria Territoriale.*

_____ li _____

Firma

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