

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 _____
(Italia) 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 2025, per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o di sostituzioni, in codesta ASP:

- Assistenza Primaria ad attività oraria (scelta obbligatoria)
- Assistenza Primaria ad attività oraria – Reperibilità (scelta facoltativa)

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 2025, 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.