

Spazio per l'apposizione della marca da bollo, ai sensi dell'art. 19 comma 7 ACN/2022, da annullare con data e firma

AZIENDA ASL ROMA 3

UOC RISORSE UMANE

personale.convenzionato@pec.aslroma3.it

OGGETTO: Domanda di inserimento nella Graduatoria Aziendale di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione per le attività di Medicina Generale (Medico del ruolo unico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta, ex Assistenza Primaria; Medici di assistenza primaria a rapporto orario, ex Continuità Assistenziale; Medicina dei Servizi Territoriali), valevole per l'anno 2023

Il/la sottoscritto/a Dr. (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

#### CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione per le attività di Medicina Generale, valevole per l'anno 2023, per:

- Medico del ruolo unico di assistenza primaria con attività a ciclo di scelta (ex Assistenza Primaria)
- Medici di assistenza primaria a rapporto orario (ex Continuità Assistenziale)
- Medicina dei Servizi Territoriali

**(barrare la casella che interessa)**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

#### DICHIARA

- di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_\_ e abilitato all'esercizio professionale in data \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- di essere attualmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico

- di essere inserito/a nella Graduatoria Unica Regionale definitiva di Medicina dei Servizi valevole per l'anno 2023, pubblicata sul BURL n. 95, del 17.11.2022 alla posizione n. \_\_\_\_\_ (punto A dell'avviso pubblico)

- di aver acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale, successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (**punto B** dell'avviso pubblico)
- di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale, anno \_\_\_\_\_ (**punto C** dell'avviso pubblico)
- di essere iscritto all'albo professionale successivamente alla data del 31.12.1994 (**punto D** dell'avviso pubblico)
- di essere iscritto al \_\_\_\_\_ anno della scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_ (**punto E** dell'avviso pubblico)

**(barrare la categoria di appartenenza)**

Lo/la scrivente si impegna a comunicare alla ASL Roma 3, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione intervenga sulle notizie fornite con la presente dichiarazione.

La domanda incompleta non sarà presa in considerazioni ai fini dell'inclusione della Graduatoria Aziendale di disponibilità.

Il sottoscritto dichiara di dare il proprio consenso all'utilizzo, anche in futuro, dei dati personali comunicati e alla loro trasmissione agli enti istituzionalmente preposti, ai sensi di quanto disposto dal D. Lgs.196/2003 e dall'informativa sulla privacy ex art. 13 regolamento UE GDPR 679/2016.

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA**