

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA AZIENDALE PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICHI
PROVVISORI DI ASSISTENZA PRIMARIA**

Al Direttore Generale
dell'ATS della Val Padana
Via dei Toscani, 1
46100 Mantova

Il/la Sottoscritt.. Dr. _____

Nat.. a _____ il _____

Residente a _____
(indirizzo completo)

Domiciliat.. a _____
(indirizzo completo)

(solo se diverso dalla residenza)

Recapito telefonico _____

Indirizzo e-mail _____

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria aziendale per l'assegnazione di incarichi provvisori di Assistenza Primaria per la Sede Territoriale ATS di:

Cremona

Mantova

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dall'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

1) Di aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia

Presso l'Università di _____

In data _____

voto di laurea _____

Dipartimento Cure Primarie

2) Di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione

Presso l'Università di _____

In data _____

3) Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____

dal _____ N° iscrizione _____

4) Di essere inserito nella graduatoria di settore di Assistenza Primaria della Regione Lombardia

SI – Grad. Reg. relativa all'anno _____, posizione _____, punteggio _____

Attestato MG SI NO

NO

5) Di essere inserito nella graduatoria di settore di Continuità Assistenziale della Regione Lombardia

SI – Grad. Reg. relativa all'anno _____, posizione _____, punteggio _____

Attestato MG SI NO

NO

6) Di essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale

SI – conseguito in data _____ presso _____

(in attesa di inserimento nella graduatoria regionale)

NO – Laureato prima del 1994 e in attesa di inserimento nella graduatoria regionale

NO – Laureato dopo il 1994 ed in attesa di frequentare il corso di Formazione in MG
o altro corso di specializzazione (indicare la preferenza _____)

Altre informazioni da dichiarare o note:

Si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali successive variazioni a quanto sopra dichiarato.



Dipartimento Cure Primarie

Luogo e Data

Firma

Si allega la seguente documentazione:

- **Copia documento di identità (*)**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che l'ATS ai fini del presente procedimento, potrà richiedere ulteriore documentazione e che la stessa ATS potrà procedere, ai sensi e agli effetti dell'art. 71 del DPR n. 445/2000, ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro della non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali sopra dichiarati ai sensi e agli effetti del Codice in materia di protezione dei dati personali di cui al Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

Firma

(*) Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un documento d'identità del sottoscrittore.