

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA AZIENDALE PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICHI DI SOSTITUZIONE NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

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 di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale 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 _____)
- 7) Di frequentare:
 Corso finalizzato al conseguimento dell'Attestato di Formazione in Medicina
Generale
Data inizio corso _____ presso _____
 Corso finalizzato al conseguimento della specializzazione in _____
Data inizio corso _____ presso _____

Dipartimento Cure Primarie

8) Di essere in possesso della patente di guida e, per chi concorre per la sede di Cremona, di automezzo proprio da utilizzare per l'espletamento del Servizio di Continuità Assistenziale

- SI
 NO

Altre informazioni da dichiarare o note:

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

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.