

Spazio per l'apposizione
della marca da bollo di
€ 16,00, 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 2024

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 2024, 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 Generale valevole per l'anno 2024, pubblicata sul BURL n. 96 del 30.11.2023 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