

**Domanda per l'inserimento nella graduatoria aziendale per l'anno 2023 di disponibilità per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nel ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta**

Marca da bollo  
come da norme vigenti € 16,00  
annullare con data e firma

Spett. A.S.L. NO  
Ufficio Protocollo  
Viale Roma 7  
28100 NOVARA (NO)

da inviare esclusivamente via pec a:  
**protocollogenerale@pec.asl.novara.it**

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa ....., nato/a il .....  
a..... e residente a .....  
in via ..... n°....., (Prov. ....) CAP .....  
Domiciliata (indicare solo se differente dalla residenza) a .....  
in via ..... n°....., (Prov. ....) CAP .....  
tel. cellulare n° ..... fisso n° .....  
mail .....,Codice fiscale .....  
pec .....

**CHIEDE:**

**di essere inserito nella graduatoria per incarichi provvisori e di sostituzione nel ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta per l'anno 2023;**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R.28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità ed uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, **dichiara:**

- di essersi **laureata/o in Medicina e Chirurgia** all'età di anni ....., con voto ...../110 (**indicare 111/110 se laureato/a cum laude**), in data .../.../.....,
- di essersi **abilitata/o all'esercizio professionale** nell'anno ..... ed iscritta/o all'**Ordine dei Medici Chirurghi** della provincia di ..... con il n° .....

inoltre dichiara di :

- a. essere Medico iscritto in Graduatoria Regionale del Piemonte per la Medicina Generale valida per l'anno 2023:

( ) SI ( ) NO

Se SI : posizione in graduatoria e punteggio .....

- b. essere Medico in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale:

( ) SI ( ) NO

Se SI : conseguito in data ..... regione ..... (allegare attestato)

- c. essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (nota bene: gli iscritti a corsi di altre regioni possono concorrere esclusivamente ad incarichi di sostituzione)

( ) SI ( ) NO

Se SI : Triennio ...../..... ; Iniziato in data ..... attualmente iscritto al :

1^ Anno       2^ Anno       3^ Anno

- d. essere iscritto all'albo professionale successivamente alla data del 31/12/1994

( ) SI ( ) NO

- e. di essere iscritta/o al corso di Specializzazione

( ) SI ( ) NO

Se SI : ..... anno di specializzazione ..... sede .....

Si impegna a comunicare, entro 10 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione che intervenga alle notizie fornite.

Mi dichiaro disponibile per sostituzioni conferite dal medico titolare

Ambito territoriale di scelta Distretto Sud ed Urbano Novara

( ) SI ( ) NO

Ambito territoriale di scelta Distretto Nord

( ) SI ( ) NO

Se SI : autorizzo l'Azienda a mettere disposizione dei Medici titolari di incarico a ciclo di scelte il mio nominativo e i seguenti recapiti:

telefono..... indirizzo mail.....

data.....

firma .....

n.b.: ALLEGATI

- 1) FOTOCOPIA DI UN **DOCUMENTO DI IDENTITA'** VALIDO (ENTRAMBE LE FACCIAE);

*Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30-6-2003 n. 196 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.*

ASSOLVIMENTO IMPOSTA DI BOLLO

ai sensi dell'art. 15 D.P.R. 642/1972

DICHIARAZIONE

ex artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e D.M. 10/11/2011

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_

nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) M • F •

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

DICHIARA

che l'imposta di bollo è stata assolta secondo la seguente modalità:

- imposta di bollo assolta in modo virtuale, tramite apposizione e annullamento della marca da bollo sul cartaceo della domanda, trattenuto presso il mittente a disposizione degli organi di controllo; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16 applicata ha

IDENTIFICATIVO  emessa il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

DICHIARA, INFINE,

- che la marca da bollo sopra indicata sarà utilizzata esclusivamente per la presentazione della domanda in argomento (\_\_\_\_\_)
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_