

Alla A.S.L. NO  
S.C. DUN - S.S. C.C.P.S.  
Viale Roma 7  
28100 NOVARA NO  
Pec: protocollo generale@pec.asl.novara.it

Il/La sottoscritto/a Dott. ....  
nato/a a ..... il .....  
residente a .....(.....) via .....  
domiciliato (se diverso dalla residenza) a.....(.....)  
via .....recapito telefonico.....  
E-mail ..... Pec .....

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria valida per l'anno 2024 per il conferimento di incarichi a tempo determinato, per un massimo di 12 ore settimanali, per **attività territoriali programmate** impiegate per **attività ambulatoriali afferenti alla S.C.SERD presso le sedi di Arona e Borgomanero**, da svolgersi presso la **S.C. SERD**.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (come disposto dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000), ai sensi dell'art. art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, dichiara di essere (barrare la casella interessata):

a) medico convenzionato esclusivamente per l'assistenza primaria, con il seguente numero di scelte ..... (indicare se inferiore a 400);

b) medico convenzionato esclusivamente per la continuità assistenziale per n. \_\_\_\_\_ (indicare se 12 o 24) ore di incarico settimanale a tempo indeterminato, con anzianità di incarico dal .....

c) medico convenzionato esclusivamente per la medicina dei servizi per n. .... (indicare se inferiore a 12) ore di incarico settimanale a tempo indeterminato, con anzianità di incarico dal .....

d) medico inserito nella graduatoria regionale (Regione Piemonte – Anno 2024) pubblicata sul B.U.R.P. n. 46 del 16/11/2023, area .....posizione n. ....;

e) medico non rientrante in nessuna delle precedenti categorie (barrare la casella).

Dichiara inoltre:

- di essersi laureato in Medicina e Chirurgia presso ..... in data.....con voto .....

- di essere iscritto all'Albo dei Medici della provincia di ..... dal....., iscrizione n. .... con l'impegno di comunicare nell'immediatezza ogni variazione/cessazione/sospensione.

Al fine della formulazione della relativa graduatoria dichiara inoltre di:

- di essere titolare di borse di studio, anche inerenti a corsi di specializzazione
- non essere titolare di borse di studio, anche inerenti a corsi di specializzazione

Dichiara inoltre di non esercitare attività (diverse dal rapporto convenzionale con la medicina generale) presso soggetti pubblici o privati.

Data

Firma

Allegare fotocopia di documento di identità.