

Domanda per l'inserimento nella graduatoria aziendale per l'anno 2024 per la formazione di graduatorie aziendali di disponibilità alla copertura di incarichi di Medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria presso le RSA dell'ASL NO (D.G.R. n. 37-6241 del 16/12/2022)

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 aziendale per l'anno 2024 per la formazione di graduatorie aziendali di disponibilità alla copertura di incarichi di Medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria presso le RSA (D.G.R. n. 37-6241 del 16/12/2022:

- Per le strutture RSA site nell'ambito territoriale comprendente i comuni afferenti la S.C. Distretto Urbano di Novara e la S.C. Distretto Area Sud;
- Per le strutture RSA site nell'ambito territoriale comprendente i comuni afferenti la S.C. Area Nord;

(è data facoltà al medico di chiedere l'inserimento in entrambe le graduatorie)

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 :

- essere Medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta dell'ASL NO operante nella
S.C. Distretto Urbano () Area Sud () Area Nord ()
 - Con incarico a tempo indeterminato (___)
 - con incarico temporaneo (___)Se SI: data decorrenza rapporto convenzionale

- essere Medico di Assistenza Primaria ad attività oraria dell'ASL NO operante nella
S.C. Distretto Urbano () Area Sud () Area Nord ()
 - con incarico a tempo indeterminato (___)
 - con incarico temporaneo (___)Se SI : data decorrenza rapporto convenzionale

(barrare le caselle di relative alla propria posizione professionale)

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

data.....

timbro e firma

n.b.: ALLEGATI

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

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.