

Domanda per l'inserimento nella graduatoria aziendale per l'anno 2025 di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato 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:
protocollo generale@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 a tempo determinato e di sostituzione nel ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta per l'anno 2025;

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 2025:
() 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 Regione:

- 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, a richiesta, 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 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.

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 _____