

**Al Direttore Generale
ASM Matera**

Via Montescaglioso
75100 Matera

Oggetto: Domanda per l'inserimento nella graduatoria ASM per l'assegnazione di incarichi di sostituzione dei medici del Servizio di Continuità Assistenziale. Del. 1151/2012.

Il sottoscritto Dr. _____

nato a _____ () il _____

Codice fiscale _____, residente a _____

_____ () in via _____ n. _____

tel n. _____ cell. n. _____ indirizzo di posta elettronica _____

domicilio di recapito, se diverso dalla residenza _____.

CHIEDE

di essere incluso nella Graduatoria valida per il conferimento di un incarico a tempo determinato/sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASM di Matera.

A tal fine, **ai sensi ed effetti del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000**, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali, nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 D.P.R. n° 445/2000),

DICHIARA

- di essere residente in via _____
a _____ ();
- Di essersi laureato in data _____ presso l'Università di _____ con votazione _____;
- Di essere iscritto all'OdM della Provincia di _____ dal _____
- Di essere/non essere* iscritto nella Graduatoria Regionale di Settore vigente;
- Di frequentare/non frequentare* Corso di Formazione in Medicina Generale o Corso di Specializzazione di cui al Decreto L.vo n. 257/91, presso la sede di _____;
- Di essere/non essere* in possesso dell'Attestato di Medicina Generale di cui al Decreto L.vo 256/91 conseguito il _____ a _____;
- Di essere/non essere* incaricato presso l'ASL _____ di _____ quale medico addetto al Servizio di _____ con incarico a tempo determinato scadente il _____;

- Di svolgere/non svolgere* altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate(indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti: in caso negativo scrivere : NESSUNA)
-

(* cancellare la dizione che NON interessa)

Si impegna a comunicare alla ASM ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate anche con riferimento alle eventuali situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere consapevole (e di dare il proprio consenso) che la graduatoria, nonché i nominativi degli esclusi, verranno pubblicati sul sito aziendale.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D. Lgs.196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega fotocopia di un documento di riconoscimento valido.

Data _____ Firma _____