

(allegato modello domanda)

Alla A.S.L. AL
Via Venezia 6
15121 ALESSANDRIA AL
Pec: aslal@pec.aslal.it

Il/La sottoscritto/a Dott. _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ via _____
recapito telefonico _____
E-mail _____
Pec _____
laureato in data _____ con voti _____

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria per il conferimento di n.1 incarico provvisorio, per n.4 mesi (dal 01/07/2023 al 31/10/2023), di 12 ore settimanali, per attività territoriali programmate (attività vaccinali).

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 da benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (come disposto dall'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:

- a) medico convenzionato esclusivamente per l'**assistenza primaria**, con il seguente numero di scelte _____;
- b) medico convenzionato esclusivamente per la **continuità assistenziale** per n. _____ ore di incarico settimanale a tempo indeterminato, con anzianità di incarico dal _____;
- c) medico convenzionato esclusivamente per la **medicina dei servizi** per n. _____ ore di incarico settimanale a tempo indeterminato, con anzianità di incarico dal _____;
- d) medico **inserito nella graduatoria regionale** di cui all'art.15 dell'A.C.N. 23/03/2005 valida alla data di pubblicazione del presente bando, area posizione n. _____;
- e) medico **non rientrante in nessuna delle precedenti categorie** (barrare la casella)
- f) medico iscritto all'Albo dei Medici della provincia di..... dal....., 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
- non essere titolare di borse di studio

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.