

**OGGETTO: Avviso pubblico per il conferimento di n. 1 incarico provvisorio di medico di medicina generale per l'ambito di Ozzano M.to, con obbligo di apertura nel Comune di TERRUGGIA - DAL 27/07/2020**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Laureato il \_\_\_\_\_ università \_\_\_\_\_ punteggio \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo Professionale di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

presenta istanza di partecipazione all'avviso pubblico per l'incarico di MMG in oggetto

**e, consapevole delle sanzioni di cui al DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara (selezionare le voci di interesse e completare):**

- Di essere iscritto/a nella graduatoria regionale per l'assistenza primaria, valida per l'anno 2020 nel numero di posizione \_\_\_\_\_ con punteggio \_\_\_\_\_;
- Di non essere inserito/a in detta graduatoria, ma di aver acquisito il titolo di formazione specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale e precisamente in data \_\_\_\_\_
- Di non essere inserito/a in detta graduatoria, ma regolarmente iscritto al triennio di formazione in medicina generale \_\_\_\_\_, al 1°  2°  3°  anno di corso
- Di non essere inserito/a in detta graduatoria, né iscritto al triennio di formazione in medicina generale, ma di essere regolarmente iscritto all'Albo Professionale e laureato successivamente al 31/12/1994 (specificare) \_\_\_\_\_
- Di non essere inserito/a in detta graduatoria, ma essere iscritto al seguente corso di specializzazione \_\_\_\_\_ (specificare \_\_\_\_\_ tipologia \_\_\_\_\_ e annualità) \_\_\_\_\_

**SPECIFICARE LA PROPRIA SITUAZIONE IN RIFERIMENTO A EVENTUALI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA'**

- Di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste all'art. 17 del vigente ACN, come risultante dalla compilazione dell'ALLEGATO L

**Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di essere a conoscenza che la presentazione della domanda per ricoprire l'incarico in oggetto, vista l'urgenza della procedura, è considerata – ad ogni effetto – immediatamente impegnativa per il medico resosi disponibile.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Richiede inoltre di inviare le comunicazioni relative alla presente procedura al seguente recapito:

**SCRIVERE IN MANIERA LEGGIBILE**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGATI:**

Fotocopia documento d'identità

Allegato L

Informativa ai sensi dell'art. 13 del RGPD 2016/697 e del D.lgs e s.m.i.: i dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.