

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' PER CONFERIMENTO INCARICHI A TERMPPO DETERMINATO E DI SOSTITUZIONE NELLE ATTIVITA' DELLA MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI 2021

Il/La sottoscritto/a Dr. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
eventuale indirizzo PEC \_\_\_\_\_

CHIEDE

Di essere inserit\_ nella graduatoria aziendale di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato (sostituzioni e incarichi provvisori) di 24 ore settimanali, nelle Attività di Medicina di Servizi.

A TAL FINE DICHIARA

-di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

età al conseguimento del diploma di laurea (compilare riquadro accanto):

anni	mesi
------	------

-di essere attualmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;

- di essere / non essere inserito nella graduatoria unica regionale definitiva della Medicina Generale anno 2021:

nella posizione \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;

- di essere / non essere Titolare di Medicina Generale con n. \_\_\_\_\_ scelte in data \_\_\_\_\_ presso la ASL \_\_\_\_\_;

- di essere / non essere Titolare di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali di Continuità Assistenziale presso l'ASL \_\_\_\_\_;

- di essere / non essere Titolare di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali di Medicina dei Servizi presso l'ASL \_\_\_\_\_;

- di essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale presso \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;

- di essere / non essere iscritto a scuola di specializzazione:

Lo/la scrivente si impegna a comunicare alla ASL ROMA 6 entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione intervenga sulle notizie fornite con la presente dichiarazione.

N.B. ai fini della validità, la dichiarazione, deve essere debitamente sottoscritta, la firma non è soggetta ad autenticazione ma deve essere allegata fotocopia di un documento di identità in corso di validità

Luogo \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_