

OGGETTO: DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' PER CONFERIMENTO INCARICHI A TERMPPO DETERMINATO E DI
SOSTITUZIONE NELLE ATTIVITA' DELLA MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI 2022

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 _____