

Allegato all'Avviso Pubblico

BOLLO € 16,00

Al Direttore Generale
ASST Valcamonica

Trasmissione via PEC

Pec:protocollo@pec.asst-valcamonica.it

Oggetto: Domanda per l'inserimento nella graduatoria aziendale di Medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione Medico di Assistenza primaria a ciclo di scelta per l'anno 2026.

Il/La sottoscritto/a Dr./ssa _____ nato/a a _____ Prov.
____ il _____ Codice Fiscale _____ Residente a _____
Prov. _____ C.A.P. _____ Via _____
n. _____ Cell. _____ PEC personale _____ (obbligatorio)
E-mail _____

CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria di ASST Valcamonica dei Medici disponibili per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione quale Medico di assistenza Primaria a ciclo di scelta per l'anno 2026.

A tale fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

(barrare le diverse opzioni)

- di essere cittadino/a italiano;
- di essere cittadino/a di altro Paese appartenente alla UE (specificare) _____;
- di essere cittadino/a del seguente Stato _____ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3 bis del D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii.;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti in corso che impediscono, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione dal rapporto di impiego con la Pubblica Amministrazione;

Se sì indicare quali _____

DICHIARA INOLTRE

(barrare le diverse opzioni)

(per i Medici già inseriti nella graduatoria regionale che non avevano già espresso la disponibilità per l'inserimento nella graduatoria aziendale)

- di essere inserito nella graduatoria regionale a valere per l'anno 2026 con posizione n° _____ con il punteggio _____ ;

OPPURE

(per i Medici non inseriti nella graduatoria regionale)

- di essere in possesso del diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di _____ Stato _____ in data (gg/mm/aa) _____
voto di laurea ____ / ____ Lode si ____ no ____ ;
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione conseguita in data (gg/mm/aa)
____ presso _____ ;

In caso di titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento di equipollenza del titolo di studio (art. 49 e 50 del Regolamento di cui ad decreto del Presidente della Repubblica del 31 gennaio 1999, n. 394) _____ ;

- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di _____ dal _____ (gg/mm/aa) n. iscrizione _____ ;
- di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito in data (gg/mm/aa) _____ ;
- di essere iscritto/a al corso di formazione specifica in medicina generale triennio _____ presso la seguente Regione _____ ;
- di essere iscritto/a al corso di specializzazione in _____ .

Allega:

- fotocopia documento di identità in corso di validità;
- dichiarazione sostitutiva per marca da bollo se non apposta direttamente sulla domanda;
- documentazione attestante il regolare soggiorno in Italia per i cittadini di Stato Estero non facente parte dell'Unione Europea, mediante produzione di tutta la documentazione, in copia digitale e leggibile, comprovante le condizioni di cui all'art. 7 della L. 97/2013;
- documentazione attestante l'equiparazione in Italia del titolo di studio conseguito in altro paese dell'Unione Europea o Stato estero: per poter considerare tali titoli di studio il candidato deve allegare copia digitale del Decreto di riconoscimento del proprio titolo professionale emesso a tal fine dal competente Ministero.

N.B.: Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, qualora dal controllo di cui all'art. 71 del medesimo decreto emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Luogo e data _____ In fede _____