

Bollo ai sensi di Legge  
€ 14.62

Alla ASL 9 di GROSSETO  
UO Gestione del Personale e AA.CC.NN.  
Settore Continuità Assistenziale  
Via Cimabue, 109  
58100 Grosseto

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

tel n. \_\_\_\_\_ cell. n. \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

domicilio di recapito, se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_.

### CHIEDE

di essere incluso nella Graduatoria valida per il conferimento di un incarico a tempo determinato/sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale della ASL9 di Grosseto.

A tal fine, **ai sensi ed effetti del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000**, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali, nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (art.76 D.P.R. n° 445/2000 ),

### DICHIARA

- Di essersi laureato in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_
- Di essere iscritto all'OdM della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- Di essere/non essere\* iscritto nella Graduatoria Regionale di Settore vigente;
- Di frequentare/non frequentare\* Corso di Formazione in Medicina Generale o Corso di Specializzazione di cui al Decreto L.vo n. 257/91;
- Di essere/non essere\* in possesso dell'Attestato di Medicina Generale di cui al Decreto L.vo 256/91;
- Di essere/non essere\* incaricato presso l'ASL \_\_\_\_\_ quale medico addetto al Servizio di \_\_\_\_\_ con incarico a tempo determinato scadente il \_\_\_\_\_;
- Di avere/non avere\* prestato nell'anno in corso i seguenti incarichi di: Continuità Ass.le, Guardia Turistica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Di essere/ non essere\* iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati convenzionati esterni;
- Di essere/non essere\* titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato come specialista ambulatoriale convenzionato;
- Di svolgere/non svolgere\* altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti: in caso negativo scrivere : NESSUNA)

\*

#### **cancellare la dizione che NON interessa**

Si impegna a comunicare all'Azienda USL 9 ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate anche con riferimento alle eventuali situazioni di incompatibilità

**Dichiara inoltre di essere consapevole (e di dare il proprio consenso) che la graduatoria, nonché i nominativi degli esclusi, verranno pubblicati sul sito aziendale.**

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D. Lgs.196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data..... Il/La dichiarante.....

Il/La sottoscritto/a, dipendente dell'Azienda U.S.L. 9 di Grosseto, attesta che la sopraesposta dichiarazione, letta e confermata dal dichiarante, è stata resa e sottoscritta in sua presenza previo accertamento dell'identità dello stesso, su esibizione di \_\_\_\_\_

Data..... Il funzionario incaricato \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, o inviata via fax, tramite un incaricato o a mezzo posta unitamente alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_