**Domanda finalizzata all’approvazione di una graduatoria da utilizzarsi per il conferimento di carichi a tempo determinato e di sostituzione di Continuità Assistenziale**

Il/la sottoscritto/a ......................................................... nato/a il ...............................

a ................................... Tel ........................................... PEC ...........................................

**CHIEDE DI ESSERE INSERITO NELLA GRADUATORIA**

□per il conferimento di incarichi a tempo determinato e di sostituzione di Continuità Assistenziale

**e/o**

□ per il conferimento di incarichi a tempo determinato per il potenziamento del Servizio di Continuità Assistenziale per il periodo di maggior morbilità invernale.

**DICHIARA**

**Di essere** residente a..................................................... in via ................................................................ n. ..............

**Di essere/non essere** inserito nella vigente Graduatoria Regionale di Continuità Assistenziale, al n................ con punteggio .....................

**Di essere/non essere** in possesso del diploma di formazione in medicina generale o titolo equipollente

**Di frequentare/ non frequentare** il corso di formazione in Medicina Generale

**Di essere** iscritto all’albo professionale della Provincia di ................................... al numero ............... dalla data ...............................

**Di essersi** laureato in data ................................ con voto .....................................................

**Di essere/ non essere specializzando/a in**………………………………………………………. dal …………………………..,

**Di svolgere** attualmente le seguenti ulteriori attività ..............................................................

..........................................................................................................................................

Data...................................... Firma ................................................................

**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. Per ulteriori informazioni è possibile consultare l’informativa estesa pubblicata sul sito internet aziendale.**

Alla c.a. attenzione della Direzione Generale ASLTO4

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ad integrazione della mia domanda di partecipazione per incarico a tempo determinato nell’ambito del servizio di Continuità Assistenziale e sotto la mia personale responsabilità ai sensi del D.P.R. 445/200

DICHIARO

di aver assolto al pagamento dell’imposta con la marca da bollo di Euro 16,00, avente il seguente codice identificativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di aver provveduto ad annullare tale marca da bollo ed impegnarsi a conservare l’originale contestualmente alla predetta domanda per eventuali controlli da parte dell’amministrazione.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_