**ALL’ ASL TO4**

**Affari Istituzionali – legali – C.N.U.**

**Via Po n.11 – Chivasso**

**OGGETTO: domanda per l’inserimento nella graduatoria valida per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel Servizio di continuità Assistenziale dell’ASL TO4 per l’anno 2019**

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

Residente a .............................................Cap...................... Via................................................

Domiciliato/a............................................ Cap...................... Via...............................................

Codice fiscale............................................ Codice Enpam ........................................................

Telef. ........................................................ email .......................................................................

**□ Chiede di essere inserito/a nella graduatoria valida per il conferimento degli incarichi a tempo determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale dell’ASL TO4 per l’anno 2019**

**□ Chiede di essere inserito/a nella graduatoria valida per il conferimento degli ”Incarichi di disponibilità a sostituzione generica” per il Distretto.....................................**

Dichiara altresì, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

**di essere** in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso................................................................ in data ...........................con voto...................

**di essere** abilitato/a all’esercizio professionale di medici chirurghi dal ............................... conseguita presso ...............................................................

**di essere** iscritto all’Albo dei Medici Chirurghi di ...................................... dal .........................

**di essere/non essere** inserito nella graduatoria regionale dei medici di Medicina Generale;

**di essere/non essere** in possesso dell’attestato di formazione specifica in Medicina Generale;

**di essere/non essere** iscritto/a al corso di formazione in Medicina Generale dal ......................;

**di essere/non essere** specializzando/a in ............................................................................ dal ......................;

**di avere/ non avere** riportato provvedimenti disciplinari negli ultimi 5 anni;

**di essere/non essere** medico convenzionato per l’assistenza primaria con numero ....... scelte alla data ......................;

**di essere/non essere** medico della Medicina dei Servizi con un numero............ ore di incarico;

**di svolgere/ non svolgere** altre attività (specificare) ...............................................................

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

DATA ............................... In fede .......................................................

L’ASL TO4 si riserva di verificare la veridicità delle suindicate dichiarazioni ed ammonisce il dichiarante che, in caso di dichiarazioni mendaci, incorrerà nella decadenza dai benefici conseguiti in base alle stesse e sarà punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, come previsto dall’art.76 del D.P.R. 445/00.