

Domanda in bollo

Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona  
Settore medicina Generale  
presso Distretto Unico Aziendale  
Via M. Nicoletta  
Centro Direzionale "Il Granaio"  
88900 Crotona (KR)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, laureato/a in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, iscritto all'Ordine dei

Medici di \_\_\_\_\_, al n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

indirizzo pec \_\_\_\_\_

Con la presente rivolge domanda di ammissione ai fini dell'inserimento nella relativa graduatoria aziendale (contrassegnare la tipologia di incarico per il quale si vuole partecipare) da utilizzarsi per:

- Il conferimento di incarichi a tempo determinato (provvisorio e sostituzioni) nel settore dell'assistenza primaria;
- Il conferimento di incarichi a tempo determinato (provvisorio e sostituzioni) nel settore della continuità assistenziale;
- Il conferimento di incarichi a tempo determinato (provvisorio e sostituzioni) nel settore delle località a forte afflusso turistico a favore dei cittadini non residenti;
- Il conferimento di incarichi a tempo determinato (provvisorio e sostituzioni) nel settore della assistenza sanitaria presso la Casa Circondariale di Crotona.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000 di:

1. essere/non essere inserito/a al n. \_\_\_\_\_ e con punti \_\_\_\_\_ della graduatoria regionale definitiva pubblicata sul BURC n.43 del 21 Febbraio 2023;

2. non essere inserito/a in graduatoria regionale ma di essere in possesso del corso di formazione specifica in medicina generale conseguito in data \_\_\_\_\_;

3. essere iscritto/a al corso di formazione specifica in medicina generale presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_:

4. di avere acquisito l'abilitazione professionale in data \_\_\_\_\_;

5. di essere iscritto/a al corso di specializzazione in \_\_\_\_\_;

6. di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'ACN del 20/01/2022 s.m.i. ;

Si allega alla presente fotocopia del documento di identità.

Luogo e data

Firma