



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lariana

Al Direttore Generale
ASST Lariana

BOLLO € 16,00

Trasmissione via PEC

PEC: protocollo@pec.asst-lariana.it

Oggetto: Domanda per l'inserimento nella graduatoria aziendale anno 2025 di Medici disponibili all'attribuzione di incarichi provvisori e/o sostituzioni quale Medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta.

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 Lariana dei Medici disponibili per l'attribuzione di incarico provvisorio e/o di sostituzione quale Medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta per l'anno 2025.

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)

(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 anno 2025 con il punteggio di _____ punti;

OPPURE

(per i Medici non inseriti nella graduatoria regionale)

☐ di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di _____ in data _____ con votazione _____/110 e Lode si ☐ no ☐



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lariana

- ° di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione conseguita in data _____ presso _____;
- ° di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____;
- ° di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito in data _____;
- ° 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 _____;

Luogo e data _____

In fede

Si allega: **fotocopia fronte/retro del documento di identità valido**

ai sensi del Regolamento (UE) 2013/679 del 27 aprile 2016 autorizzo ASST a sottoporre a trattamento i dati personali che mi riguardano in quanto necessari ai fini dell'espletamento delle attività connesse al procedimento di conferimento incarichi provvisori per la pediatria, nonché per i connessi obblighi di legge.

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.