

Bollo  
€ 16,00

Al Direttore Generale dell'ASL Salerno  
assistenzaprimaria@pec.aslsalerno.it

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
e residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
al/alla Via/Corso/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Cellulare \_\_\_\_\_ Telefono fisso \_\_\_\_\_  
laureato/a in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_/110 presso l'Università degli  
Studi di \_\_\_\_\_, abilitato all'esercizio della professione medica nell'anno \_\_\_\_\_, iscritto  
all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con  
numero iscrizione \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

in applicazione del vigente Accordo Collettivo Nazionale Medici di Medicina Generale, di essere inserito nelle graduatorie aziendali dei Medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione di:

**(biffare uno o più item)**

- Ruolo unico di Assistenza Primaria;**
- Emergenza Sanitaria Territoriale;**
- Assistenza negli istituti penitenziari.**

A tal' uopo lo scrivente dichiara:

**(barrare le voci che non interessano)**

- di essere/non essere inserito nella Graduatoria Regionale definitiva 2024 valevole per l'anno 2025 pubblicata sul BURC n. 85 del 16/12/2024 alla posizione \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;
- di essere/non essere in possesso del Corso di Formazione Specifica di Medicina Generale;
- di essere/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale;
- di frequentare/non frequentare il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale in Regione \_\_\_\_\_;
- di frequentare/non frequentare il Corso di Specializzazione in \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_;

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000 e smi e consapevole della decadenza dai benefici, prevista dall'art. 75, e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76, per chi attesta il falso, rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso dichiara sotto la propria responsabilità:

- che quanto sopra riportato corrisponde al vero;
- che comunicherà all'ASL Salerno ogni intervenuta incompatibilità.

Inoltre, dichiara di essere consapevole che le convocazioni e/o le comunicazioni per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o affidamento di sostituzione saranno inviate esclusivamente per Posta Elettronica Certificata all'indirizzo dal quale è stata inviata la domanda.

Autorizza, infine, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per tutte le finalità istituzionali, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e smi.

Si allega copia della \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
rilasciata da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)