

Bollo
€ 16,00

Al Direttore Generale dell'ASL Salerno
protocollogenerale@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 2025 valevole per l'anno 2026 pubblicata sul BURC n. 1 del 05/01/2026 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)