



DICHIARA

di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con

voto \_\_\_\_\_ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110):

di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo in data \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

di essere inserito nella graduatoria di medicina generale della Regione/Provincia Autonoma \_\_\_\_\_ valevole per l'anno 2021 con punti \_\_\_\_\_

di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D. Lgs n. 368/99 e s.m.i. conseguito presso la Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

POSSONO PRESENTARE DOMANDA

inseriti nella graduatoria regionale definitiva da valere per il 2021;

medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;

medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale;

di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al d.l.368/99 e s.m.i., presso la regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ anno di frequenza \_\_\_\_\_

di essere idoneo al concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale che siano stati incaricati per almeno 24 mesi anche non continuativi nei 10 anni antecedenti alla data di scadenza della presentazione della domanda di partecipazione al concorso per l'accesso al corso di f.s.mmg, tramite graduatoria riservata, senza borsa, (l.60/2019) presso la regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

medici iscritti ai corsi di specializzazione.

iscritto all'Albo Professionale dei Medici di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

di essere residente nel territorio della ASL \_\_\_\_\_ con decorrenza \_\_\_\_\_

di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003, così come integrato dal D. Lgs. 101/2018 e del Regolamento UE n. 2016/679.

di NON AVERE  di AVERE SUBITO provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale ai sensi dell'ACN vigente (in caso affermativo specificare tipologia sanzione) \_\_\_\_\_

periodo di riferimento \_\_\_\_\_ e l'ASP che ha adottato il provvedimento \_\_\_\_\_);

di **IMPEGNARSI** a comunicare tempestivamente radiazioni e/o provvedimenti sospensivi del rapporto convenzionale qualora intervenissero successivamente alla trasmissione della presente domanda;

Si precisa che ogni comunicazione in merito, compresa la eventuale convocazione, verrà indirizzata all'indirizzo pec \_\_\_\_\_ (leggibile)

Dichiara altresì

1. di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00; a comprova indica i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:
  - data e ora di emissione \_\_\_\_\_;
  - IDENTIFICATIVO n. \_\_\_\_\_;
2. di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e di aver annullato la stessa;
3. di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione;

Allega alla presente fotocopia del documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA per esteso \_\_\_\_\_

Di aver preso visione dell'informativa sottostante in materia di privacy e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del regolamento europeo n. 679/2016 e normativa nazionale di riferimento in particolare il d.lgs. n. 196/2003 e il D.lgs n. 101/2018, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti

*In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità*