



Domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico per la predisposizione della graduatoria anno 2020 dei medici disponibili al conferimento di incarico provvisorio o di sostituzione di Medico di Assistenza Primaria da utilizzare in subordine alla graduatoria di cui all'art. 2 dell'ACN 2018 per la medicina generale.

**All'Agenzia di Tutela della Salute
della Montagna**

Il sottoscritto n. cell....., ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. di essere nato/a a il
2. di essere residente a in via n.
3. di essere in possesso della cittadinanza
4. di essere in possesso del seguente codice fiscale.....
5. di aver/non avere subito condanne penali e di non aver condanne per reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609-undecies del codice penale ovvero di non essere irrogato da sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori
6. in caso di risposta affermativa al punto 5 indicare quali condanne penali
7. di aver/non avere riportato sanzioni, ai sensi dell'art. 30 ACN 2009 per la medicina generale
8. in caso di risposta affermativa al punto 7 indicare quali sanzioni
9. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data presso con votazione/110 e Lode si no
10. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione conseguita in datapresso
11. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di a decorrere dal con n.
12. di essere iscritto nella Graduatoria della Regione Lombardia – Assistenza Primaria - valida per l'anno 2020 si no
13. di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito in data
14. di dare il consenso al trattamento dei propri dati per le finalità indicate nella presente domanda
15. di aver preso atto degli Accordi Nazionali e Regionali vigenti per la medicina generale
16. di essere in possesso della seguente PEC obbligatoria per Legge
17. di voler svolgere l'attività convenzionale nel Distretto: Valtellina Alto Lario Valcamonica

Luogo e data

Firma

In luogo dell'autenticazione della firma allega copia documento identità in corso di validità