



**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 ai sensi dell'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 data .....presso .....
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 essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale triennio .....
15. di essere iscritto al corso di specializzazione in .....
16. di dare il consenso al trattamento dei propri dati per le finalità indicate nella presente domanda
17. di aver preso atto degli Accordi Nazionali e Regionali vigenti per la medicina generale
18. di essere in possesso della seguente PEC obbligatoria per Legge .....
19. 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**