

Marca da Bollo € 16.00

Al Direttore Generale ASREM
Via U. Petrella, 1
86100 CAMPOBASSO

Il/la sottoscritt_ Dr./ssa _____, nat_ a _____, il _____, residente a _____, CAP _____ Via _____, tel. _____ indirizzo mail _____, PEC _____ laureato/a in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ in data _____ con voti _____ ed abilitato/a nella _____ sessione dell'anno _____, iscritto/a all'Ordine Professionale dei Medici della Provincia di _____ n° _____,

CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale della Continuità Assistenziale valevole fino a gennaio 2021, per il conferimento di incarichi a tempo determinato o di sostituzione in codesta ASREM.

A tal fine dichiara:

- di essere/non essere inserito nella Graduatoria regionale per la Continuità Assistenziale valevole fino a gennaio 2021, in posizione n. _____ con punti _____;
- di essere/non essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale acquisito in data _____ presso la Regione _____;
- di frequentare / non frequentare il Corso di Formazione in Medicina Generale, presso _____;
- di essere/non essere iscritto/a al Corso di Specializzazione di _____ presso l'Università di _____;
- di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità e di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace così come stabilito dall'art. 76 del DPR 445/2000;
- di rilasciare il consenso al trattamento dei dati ai sensi del D.gs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. e del regolamento A.S.Re.M. approvato con Deliberazione n. 972 del 09-08-2019;

Allego copia fotostatica del documento d'identità.

Luogo e data

Firma
