

Marca da  
bollo

Allegato 2

Azienda Sanitaria di Potenza  
Via Torraca n. 2  
85100 Potenza

Oggetto: Domanda per l'inserimento nelle Graduatorie Aziendali ASP valedoli per l'anno 2025 redatte ai sensi dell'art.19 comma 6 del vigente ACN per i rapporti con i Medici di Medicina Generale per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cell. n. \_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

indirizzo pec \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere incluso nella Graduatoria Aziendale ASP, valida per l'anno 2025, redatta ai sensi dell'art.19 vigente ACN per i rapporti con i Medici di Medicina Generale, per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione per la seguente disciplina: barrare la/le seguente disciplina/e

RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI

EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

A tal fine, ai sensi ed effetti del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali, nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (art.76 D.P.R. n° 445/2000),

DICHIARA

- di essere laureato in \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

con votazione \_\_\_\_\_

- di essere iscritto all'Albo Professionale dei Medici e dei Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_

a far data dal \_\_\_\_\_ con iscrizione N. \_\_\_\_\_

-di essere/non essere presente tra gli inclusi nella graduatoria unica della Regione Basilicata

valevole per l'anno 2025 con punteggio \_\_\_\_\_

-di aver conseguito l'attestato di formazione in medicina generale di cui al DL.vo n.256/91 in

data \_\_\_\_\_ nella Regione \_\_\_\_\_

-di essere/non essere iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al DL.vo n.256/91 o a corso di specializzazione di cui al DL.vo n.257/91 e corrispondenti norme di cui al DL.vo n.368/99:

denominazione del corso \_\_\_\_\_

Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_

Inizio dal \_\_\_\_\_

-di essere in possesso/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 66 del vigente A.C.N.

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

-di detenere il seguente rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (in caso negativo scrivere

nessuno) \_\_\_\_\_

- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità di cui all'art. 21 dell'ACN;

Si impegna a comunicare alla ASP ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate anche con riferimento alle eventuali situazioni di incompatibilità (art. 21 ACN).

Allega fotocopia di un documento di riconoscimento valido.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_