Allegato 2

Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Via Torraca 2

85100 - POTENZA

Oggetto: Domanda per reperimento medici disponibili ad effettuare sostituzioni presso gli Istituti

Penitenziari e nei Centri di Giustizia Minorili ubicati nell’ambito territoriale dell’ASP

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

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

**C H I E D E**

di essere inserito nella Graduatoria Aziendale ASP per eventuale conferimento di incarico provvisorio presso gli Istituti Penitenziari e nei Centri di Giustizia Minorile ubicati nell’ambito del territorio dell’ASP

A tal fine, si sensi ed effetti del D.P.R. 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. 445/200)

D I C H I A R A

* di essere laureato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* con votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di essere iscritto all’Albo Professionale dei Medici e dei Chirurghi della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a far da data dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere / non essere presente tra gli esclusi nella graduatoria unica della Regione Basilicata 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 n. 256/91 o corso di specializzazione di cui al DL.vo n. 257/91 e corrispondenti norme di cui al DL.vo n. 368/99:

Allega fotocopia di un documento di riconoscimento valido.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_