

**Domanda per la partecipazione all'avviso per la formulazione di una graduatoria da utilizzare per l'attribuzione di incarichi di Medico del ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria a tempo determinato – 24/12 ore settimanali da impiegare presso gli ambulatori per la presa in carico di pazienti con bassa complessità/bassa criticità adulti (Ambulatori ABC).**

**ALL' AZIENDA USL DI PARMA**

**U.O.S, Gestione Personale Convenzionato**

**[ausldiparma@pec.ausl.pr.it](mailto:ausldiparma@pec.ausl.pr.it)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di partecipare all'avviso per la formulazione di una graduatoria da utilizzare per l'attribuzione di incarichi a tempo determinato di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria – 12/24 ore settimanali da impiegare presso gli ambulatori ABC.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000),

**DICHIARA**

- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_
- di essere inserito nella graduatoria regionale (Regione Emilia Romagna) di medicina generale valevole per l'anno 2023 alla posizione n. \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_;
- di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale presso \_\_\_\_\_ Regione Emilia Romagna e di essere al \_\_\_\_\_ anno di corso;
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato in qualità di medico del ruolo unico di assistenza primaria presso l'Azienda USL di Parma con decorrenza dal \_\_\_\_\_
- di avere conseguito l'abilitazione alla professione di medico chirurgo successivamente al 31 dicembre 1994 SI  NO
- di essere iscritto alla scuola di specializzazione medica nella disciplina di \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno di corso;

**Dichiara inoltre:**

di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla privacy, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Comunicazioni con l'AUSL di Parma

**Secondo quanto previsto dalla legge 2/2009 il professionista medico iscritto all'ordine ha l'obbligo di attivare un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) per facilitare le comunicazioni con la pubblica amministrazione.**

**In adempimento della normativa summenzionata il sottoscritto comunica che il proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) è il seguente:**

\_\_\_\_\_ (si chiede di scrivere l'indirizzo in caratteri ben leggibili).

**Con la firma del presente modulo il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'Azienda USL di Parma utilizzerà l'indirizzo di posta elettronica certificata indicato per tutte le comunicazioni istituzionali e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali cambiamenti di indirizzo PEC.**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*Firma per esteso

(\*) **A pena di esclusione la presente comunicazione di disponibilità deve essere sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia leggibile (non autenticata) di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.**

Si precisa che le dichiarazioni sostitutive prodotte ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000 devono contenere tutti gli elementi utili alla valutazione delle posizioni dichiarate nonché la specifica indicazione dell'ente pubblico, incaricato di pubblico servizio o altro soggetto competente al rilascio delle corrispondenti certificazioni.