

Al Direttore S.C. Distretto A.S.L. VC  
Dr. Germano Giordano  
pec: [aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it](mailto:aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it)

**Domanda per l'inserimento nelle graduatorie aziendali di disponibilità per il conferimento di incarichi, provvisori e di sostituzione, nel ruolo unico di Assistenza primaria a ciclo di scelta presso l'ASL VC, per l'anno 2024.**

Il/La sottoscritto/a.....nato/a il .....  
a.....cittadinanza.....residentea .....CAP.....  
(prov. ....) in via .....n° ..... e domiciliato a .....  
.....CAP.....(prov. ....) in via .....n° ..... (indicare  
solo se diverso dalla residenza) Codice Fiscale ..... Telefono  
cellulare.....e-mail.....  
P.E.C. ....

Sotto la propria responsabilità personale, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti per effetto del provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, in base all'art. 75 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

- Di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di .....con voto..... in data .....
- Di aver conseguito l'Abilitazione all'esercizio della Professione di Medico Chirurgo in data .....
- Di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di ..... dal ..... numero iscrizione .....
- Di essere /non essere iscritto nella Graduatoria della Regione Piemonte per l'anno 2024 con il punteggio.....
- Di essere in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito in data.....o Titolo Equipollente conseguito in data .....
- Di essere iscritto al corso di Formazione Specifica in Medicina Generale presso la Regione Piemonte anno di frequenza .....
- Di essere iscritto al corso di Formazione Specifica in Medicina Generale presso la Regione ..... anno di frequenza .....

- Di essere iscritto al corso di Specializzazione in .....presso .....;
- Di avere / non avere procedimenti disciplinari o penali in corso;
- Di essere/non essere Medico convenzionato per l'assistenza primaria ad attività oraria presso..... per n. di ore.....;
- Di essere in possesso della patente di guida "B" (requisito).

Ulteriori informazioni.....

**RICHIEDE:**

di essere inserito nelle graduatorie aziendali per il conferimento di incarichi, provvisori o di sostituzione, nel ruolo unico di assistenza primaria a CICLO DI SCELTA, anno 2024;

Si impegna a comunicare tramite PEC, all'ASL VC entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione che intervenga alle informazioni fornite.

E' consapevole che all'atto dell'assegnazione dell'incarico non dovranno sussistere condizioni di incompatibilità previste dal vigente A.C.N.

Allega alla presente fotocopia di un documento di identità valido (entrambe le facciate) e fotocopia della patente di guida.

Data .....

Firma .....

ASSOLVIMENTO IMPOSTA DI BOLLO  
ai sensi dell'art. 15 D.P.R. 642/1972  
DICHIARAZIONE  
ex artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e D.M. 10/11/2011

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_  
nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ )M • F •  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

DICHIARA

che l'imposta di bollo è stata assolta secondo la seguente modalità:

imposta di bollo assolta in modo virtuale, tramite apposizione e annullamento della marca da bollo sul cartaceo della domanda, trattenuto presso il mittente a disposizione degli organi di controllo; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16 applicata ha IDENTIFICATIVO

.....emessa il  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

DICHIARA, INFINE,

che la marca da bollo sopra indicata è utilizzata esclusivamente per la presentazione della domanda in argomento (\_\_\_\_\_)

di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Data \_\_\_\_\_ Firma per esteso \_\_\_\_\_