

**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 nella graduatoria aziendale “aperta” di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (ex continuità assistenziale), di guardia medica turistica e di reperibilità presso le postazioni dell'ASL VC e di assistenza presso la Casa Circondariale di Vercelli, per l'anno 2026.**

Il/La sottoscritto/a.....nato/a il .....

a.....cittadinanza.....residente a .....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 veritieri, in base all'art. 75 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

- Di essere in possesso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia conseguita 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 2026 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/non essere iscritto al corso di Formazione Specifica in Medicina Generale presso la Regione Piemonte anno di frequenza .....
- Di essere iscritto/non 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 nella graduatoria aziendale "aperta" per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (ex continuità assistenziale), ivi compresa guardia medica turistica e reperibilità ed assistenza presso la Casa Circondariale di Vercelli, anno 2026;

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 \_\_\_\_\_