

**FAX-SIMILE DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE DELLA
GRADUATORIA AZIENDALE U.S.L. N. 2 DELL'UMBRIA DI MEDICI ASPIRANTI ALLA
ATTRIBUZIONE DI INCARICHI PROVVISORI NEL SERVIZIO DI CONTINUITA'
ASSISTENZIALE**

All'Azienda USL n.2
Ufficio Convenzioni
Via dello Zodiaco n. 18
06059 Todi (PG)

RACCOMANDATA A.R.

Il/La sottoscritto/a Dr. nato/a Prov.(.....)

il Cod. Fiscale..... Comune di residenza

Prov.(.....) indirizzo..... n..... CAP.....

recapiti telefonici:

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per la formazione di una graduatoria locale per l'attribuzione di incarichi provvisori e/o di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale pubblicato sul BUR della Regione dell'Umbria n. 9 del 03/03/2009

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni non veritiere dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

- di essere/non essere inserito nella graduatoria regionale dell'Umbria per la Medicina Generale anno 2009 al n.....con punti.....
- di essere/non essere **in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale** di cui al D.L.vo n. 256/91 ed al D.L.vo n. 368/99 come modificato dal D.L.vo n. 277/2003, **conseguito il** **c/o la Regione.....;**
- di essersi laureato in data con votopresso l'Università di
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università di..... anno.....sessione.....
- di essere iscritto presso l'Ordine dei Medici della provincia didal.....
- di essere/non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui, al D.L.vo n. 256/91 ad al D.L.vo n. 368/99 come modificato dal D.L.vo n. 277/2003, presso la Regione.....
- di essere/non essere iscritto al corso di specializzazione inc/o Università di

Priorità a prestare servizio secondo il seguente ordine:

1) Distretto2) Distretto.....3) Distretto.....4) Distretto.....

chiede che ogni comunicazione venga indirizzata: <input type="checkbox"/> alla propria residenza <input type="checkbox"/> al domicilio:	
c/o _____	Comune _____ prov. (_____)
indirizzo _____	n. _____ cap _____

Data _____

Firma _____
(non soggetta ad autenticazione)

(1) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore