

**Domanda per il conferimento di incarico nel Servizio di Assistenza sanitaria ai turisti.  
Stagione estiva 2024**

**Marca  
da bollo  
€ 16,00**

Azienda USL della ROMAGNA

**PEC: azienda@pec.auslromagna.it**

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_  
e-mail PEC \_\_\_\_\_  
e-mailPEO(obbligatoria) \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
partita IVA \_\_\_\_\_ codice ENPAM \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserito nella graduatoria per lo svolgimento del servizio di assistenza sanitaria turistica di codesta Azienda USL per l'anno 2024.

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio)

dichiara

di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_;

di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

di trovarsi nelle condizioni di seguito contrassegnate:

di essere inserito nella graduatoria della medicina generale per l'Emilia-Romagna valida per l'anno 2024 (pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione - parte III - n. 331 del 29/11/202) con il seguente punteggio:

punti \_\_\_\_\_

non essere inserito nella graduatoria della medicina generale per l'Emilia-Romagna valida per l'anno 2024 e di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_;

abilitato all'esercizio professionale dopo il 31.12.1994;

iscritto a corso di formazione specifica in medicina generale (specificare sede del corso \_\_\_\_\_)

iscritto a scuola di specializzazione (specificare scuola e sede \_\_\_\_\_)

Il sottoscritto dichiara inoltre:

di essere  di non essere titolare di incarico o rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività e l'ASL)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di avere  di non avere altri rapporti con il Servizio sanitario nazionale od altri Enti (in caso affermativo indicare il tipo di attività e l'Ente) \_\_\_\_\_

di avere presentato analoga domanda alle seguenti Aziende UU.SS.LL. \_\_\_\_\_

data ..... firma ..... (\*)

(\*) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore. La mancanza del documento di identità comporta la nullità della domanda

N.B. La presente domanda deve essere integralmente compilata, a pena di esclusione dalla graduatoria. Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali richiesti la informiamo che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali sono state acquisiti.