

Al Servizio Amministrativo Distrettuale  
SEZIONE MEDICINA CONVENZIONATA  
Azienda U.I.s.s. N° 21  
Via Gianella, 1 – 37045 LEGNAGO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ ;

### C H I E D E

di essere inserito nella graduatoria aziendale anno 2010 di codesta Azienda ULSS, per l'assegnazione degli incarichi nel Servizio di Continuità Assistenziale.

A tal fine, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara:

- di essere iscritto nella vigente graduatoria regionale con punti \_\_\_\_\_ ;
- di essersi laureato il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_, che al conseguimento del diploma di laurea aveva compiuto n. anni \_\_\_\_\_ di età;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi della provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;
- di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;
- di essere iscritto a corso di specializzazione in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;
- di frequentare il corso di formazione in medicina generale presso \_\_\_\_\_ ;
- di svolgere attualmente la seguente attività \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con scadenza al \_\_\_\_\_ ;
- Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Cod. ENPAM \_\_\_\_\_  
Partita IVA \_\_\_\_\_ ;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allega fotocopia documento identità  
In corso di validità**