

**DOMANDA PER L'INSERIMENTO IN GRADUATORIA AZIENDALE DEI  
MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA per conferimento di  
incarico provvisorio a tempo determinato ai sensi dell'art. 37 dell'ACN 2022 o  
all'affidamento di sostituzioni di Assistenza Primaria**

*(dichiarazione resa ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_), residente a \_\_\_\_\_ in  
via/piazza \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi,

**DICHIARO**

- Di aver conseguito il diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ e voto \_\_\_\_\_
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ con il n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- Di essere/non essere (\*) iscritto nella graduatoria regionale valida per il 2024
- Di aver/non aver (\*) conseguito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale e precisamente in data \_\_\_\_\_
- Di essere/non essere (\*) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale nel triennio \_\_\_\_\_ nella Regione \_\_\_\_\_
- Di avere/non avere (\*) acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994 e precisamente in data \_\_\_\_\_
- Di essere/non essere (\*) iscritto al corso di specializzazione \_\_\_\_\_

**(\*) cancellare quanto non pertinente**

**CHIEDE**

di essere inserito nella graduatoria aziendale di assistenza primaria a ciclo di scelta dell'Azienda USL Toscana Centro valida per l'anno 2024.

Al fine di rendere valida ogni dichiarazione resa sopra, ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, il sottoscritto allega alla presente domanda:

- **Fotocopia di un valido documento di identità**

Allega inoltre:

- **Modulo F23 a ricevuta di versamento dell'imposta di bollo di € 16,00**

Di seguito i propri recapiti:

telefono \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_