



## DICHIARO

1. Di aver conseguito il diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ e voto \_\_\_\_\_
2. Di essere/non essere (\*) inserito nella graduatoria regionale valida per il 2025 in posizione numero \_\_\_\_\_
3. Di aver/non aver (\*) conseguito il titolo di formazione specifica in Medicina Generale rilasciato dalla Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
4. Di aver/non aver (\*) concluso il Corso di Formazione in Medicina Generale, organizzato dalla Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ ma di non avere ancora effettuato la valutazione finale per motivi di organizzazione del corso
5. Di essere/non essere (\*) iscritto al Corso di Formazione in Medicina Generale, organizzato dalla Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
6. Di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con il n. \_\_\_\_\_
7. Di essere/non essere (\*) iscritto al corso di specializzazione \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
8. Di essere/non essere (\*) in possesso della patente di guida automezzo, categoria \_\_\_\_\_ in corso di validità: patente N. \_\_\_\_\_ rilasciata da/il \_\_\_\_\_
9. Di avere/non avere (\*) in corso di svolgimento incarichi a qualsiasi titolo presso Aziende Sanitarie o strutture convenzionate con il S.S.N. *(in caso positivo indicare tipo di incarico, la durata e l'Azienda o struttura convenzionata presso cui l'incarico viene svolto):*  
  
\_\_\_\_\_

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

**Il sottoscritto dichiara inoltre di prendere atto che ogni comunicazione relativa alla graduatoria per il conferimento degli incarichi provvisori/a tempo determinato/sostituzioni del ruolo Unico di Assistenza Primaria, verrà fatta pervenire esclusivamente all'indirizzo Email indicato ne contatti.**

(L'aspirante ha l'obbligo di comunicare gli eventuali cambiamenti di indirizzo Email/PEC all'Azienda USL Toscana Centro, la quale non assume responsabilità alcuna nel caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato. L'Azienda USL Toscana Centro inoltre non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito Email/PEC oppure da tardiva o mancata comunicazione del cambiamento dell'indirizzo Email/PEC indicato in domanda, né per eventuali disguidi comunque imputabili a fatti di terzi o a casi fortuiti di forza maggiore).

Il/La sottoscritto/a dichiara infine di essere informato/a che ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con l'ausilio di strumenti informatici, dalla Azienda USL Toscana Centro, titolare del trattamento esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Dichiara inoltre di essere consapevole - dando il proprio consenso - che la Graduatoria nominativa di cui alla presente domanda, nonché l'elenco degli esclusi, verranno pubblicati sul sito web aziendale.

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**
- **Modulo F23 relativo al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00**

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_