

DICHIARA

ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, quanto segue:

1. Di essere nato a _____ (_____) il ____/____/_____
2. Di essere in possesso della cittadinanza _____
3. Di essere residente nel Comune di _____ (_____)
Via/Piazza _____ N° _____
4. Di aver conseguito il diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di _____ in data _____ e voto _____
5. Di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici di _____ dal _____ con il n. _____
6. Di essere/non essere (*) inserito nella graduatoria regionale valida per il 2025 in posizione numero _____
7. Di aver/non aver (*) conseguito il titolo di formazione specifica in Medicina Generale rilasciato dalla Regione _____ in data _____
8. 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
9. Di essere/non essere (*) iscritto al Corso di Formazione in Medicina Generale, organizzato dalla Regione _____ dal _____
10. Di essere/non essere (*) iscritto al corso di specializzazione _____ presso l'Università di _____ dal _____
11. Di essere/non essere (*) in possesso della patente di guida automezzo, categoria _____ in corso di validità: patente N. _____ rilasciata da/il _____
12. 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*):
 - a. _____

(*) 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 _____