

**Domanda per il conferimento di incarico nel Servizio di Assistenza sanitaria ai
turisti.
Stagione estiva 2025**

**Marca
da bollo
€ 16,00**

Raccomandata A.R.

Azienda USL di _____

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ il _____

residente a _____ prov _____ Via _____ n. _____

CAP _____ tel. _____ cell _____

e-mail PEC _____

e-mail PEO _____

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 2025.

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 2025 (pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione - parte III - n. 367 del 29 novembre 2024) con il seguente punteggio:

punti _____

☐ non essere inserito nella graduatoria della medicina generale per l'Emilia-Romagna valida per l'anno 2025 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.