

Allegato A

**Domanda per il conferimento di incarico nel Servizio di Assistenza sanitaria ai turisti.
Stagione estiva 2017**

**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.

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/e graduatoria/e della medicina generale per l'Emilia-Romagna valida/e per l'anno 2017 (pubblicate nel Bollettino Ufficiale della Regione - parte III - n. 380 del 21 dicembre 2016) con il seguente punteggio:
 - assistenza primaria: punti _____
 - continuità assistenziale: punti _____

