

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO,
PROVVISORI E/O DI SOSTITUZIONE PRESSO L'AZIENDA SANITARIA
TERRITORIALE DI ANCONA
PERIODO 01/07/2023-30/06/2024.

Marca da
bollo
€. 16,00

All'AST di ANCONA
U.O.C. DAT. E MEDICINA CONVENZIONATA
PEC: ast.ancona@emarche.it

Il sottoscritto Dott. _____

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria unica dell'AST di Ancona per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato e/o di sostituzione nei vari settori della Medicina Generale.

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000 anche per i reati di "falsità in atti" e "uso di atto falso", dichiara sotto la propria personale responsabilità di appartenere alla categoria di cui al punto (*barrare solo l'opzione di interesse*):

- A) Medici iscritti nella graduatoria regionale (Regione Marche) secondo l'ordine di punteggio.
 - B) Medici che abbiano acquisito il titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.
 - C) Medici iscritti al Corso di Formazione specifica in Medicina Generale esclusivamente nella Regione Marche.
- PER IL SOLO AFFIDAMENTO DI INCARICO DI SOSTITUZIONE
- C) Medici iscritti al Corso di Formazione specifica in Medicina Generale in altra Regione.
 - D) Medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.1994.

- E) Medici iscritti ai corsi di specializzazione.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE EX ART. 46 DPR 445/2000

Dott. _____ Codice Fiscale _____

nato a _____ Prov. _____ il ____/____/____

residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____

indirizzo: _____ n. _____

Telefono _____ cell. _____

indirizzo e-mail _____ PEC _____

di avere di non avere cittadinanza italiana

di essere cittadino di altro Paese U.E., incluse le equiparazioni di legge

di godere/non godere dei diritti civili e politici

di avere/non avere riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di giudizi civili e/o amministrativi iscritti nel casellario giudiziale

di essere/non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

Dichiaro di non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 21, ACN MMG del 28/4/2022.

Data.....

Firma per esteso

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. _____
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti
falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 28/12/2000

dichiara
di essere in possesso di:

Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data ____/____/____ con voto ____/110
Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____
Iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal ____/____/____
Attestato di formazione in medicina generale (D.lgs n. 256/91, 368/99, 277/03) conseguito il _____ presso: _____,
Attestato di Idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale/118 conseguito il _____ presso _____ (a completamento della predetta autocertificazione è consigliabile allegare fotocopia dell'attestato)

Data _____ Firma per esteso _____
(non soggetta ad autenticazione)

ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

DICHIARAZIONE

Ex Art. 46 e 47 DPR 445/2000

Il sottoscritto _____, nato a _____
(prov. _____) il _____ M__ F__ Codice Fiscale _____
Residente a _____ (prov. _____)
Via _____ n. _____ Cap _____ telefono _____
Indirizzo mail/PEC _____

relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO, PROVVISORI E/O DI SOSTITUZIONE PRESSO L'AST DI ANCONA - AVVISO EMESSO CON DETERMINA n. 636/AST-AN DEL 02/05/2023

essendo obbligatorio indicare la modalità di assolvimento dell'imposta di bollo, avvalendosi della facoltà prevista dall'art. 3 del Decreto Interministeriale 10/11/2011, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 e dall'art 483 del CP nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

Dichiara

- Che l'imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo da 16 € sull'originale cartaceo della domanda e che la marca da bollo ha il seguente n. seriale identificativo:

- Che la marca da bollo indicata è destinata **esclusivamente alla presentazione della presente istanza** e non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.

- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

La presente dichiarazione deve essere firmata in forma autografa o digitale da chi la rende. Qualora la stessa sia firmata con dichiarazione autografa, la stessa deve essere corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

Data, _____

(firma)