



**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA AZIENDALE PER L'ANNO 2025 PER
L'ATTRIBUZIONE DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO E DI SOSTITUZIONE NEL SERVIZIO DI
ASSISTENZA PRIMARIA (EX MMG)**

Imposta
di Bollo

Al Direttore Generale
dell'ASST di MANTOVA
Strada Lago Paiolo 10
46100 Mantova

Il/La sottoscritt_ Dr. _____

Nat_ a _____ Prov _____ il _____ Codice fiscale _____

Residente a _____
(indirizzo completo)

Domiciliat_ a _____
(indirizzo completo, solo se diverso dalla residenza)

Recapito telefonico _____

Indirizzo mail _____

PEC _____

CHIEDE

di essere inclus_ nella graduatoria aziendale per l'anno 2025 per l'assegnazione di incarichi a tempo determinato e di sostituzione per il ruolo unico dell'assistenza primaria per l'ASST di MANTOVA come medico A CICLO DI SCELTA – EX MMG

A tal fine, ai sensi e per gli effetti previsti dall'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 in caso di dichiarazioni non veritiere o di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

☐ di aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università _____
in data _____ con votazione _____

☐ di aver acquisito l'abilitazione professionale in data _____

☐ di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia _____
di _____ dal _____ con N° iscrizione _____

☐ di essere iscritto/a nella graduatoria di settore per l'Assistenza Primaria della Regione Lombardia per l'anno 2025. Posizione in graduatoria _____ Punteggio _____

☐ di aver acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31/01/2024)

Data di acquisizione del Titolo _____

☐ di essere iscritto/a al corso di formazione specifica in medicina generale:

Data inizio corso _____ presso _____

☐ di essere iscritto/a al corso di specializzazione in _____

Data inizio del corso _____ presso _____

Altro da dichiarare o note:

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione a quanto sopra dichiarato.

Allega Copia documento di identità (*)

(*) Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un documento d'identità del sottoscrittore.

Il sottoscritto inoltre dichiara di essere a conoscenza che ASST di MANTOVA, ai fini del presente procedimento, potrà richiedere ulteriore documentazione e che potrà procedere, ai sensi e agli effetti dell'art. 71 del DPR n. 445/2000, ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro della non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto, ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000, e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti.

Luogo e Data _____

Firma _____

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'ASST di Mantova saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'ASST di Mantova. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo <http://www.asst-mantova.it/>.

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	P. IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo DPO
Liguria Digitale S.p.a.	02994540108	Parco Scientifico e Tecnologico di Genova – Via Melen, 77	16152	Genova	NICOLA FARAVELLI