

Schema tipo di domanda di ammissione alla selezione

Spett.le ASST Mantova  
protocollogenerale@pec.asst-mantova.it

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) il giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ residente a  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_,  
C. F. \_\_\_\_\_, P.I. \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

Di partecipare alla manifestazione di interesse, per soli titoli, per l'assegnazione in concessione d'uso di locale presso:

**Casa di comunità di:** Asola

Consapevole delle responsabilità penali cui potrò incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (D.P.R. 28.12.2000 n. 445, art. 76 e s. m. i.) con la presente dichiara:

- 1) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/, con il punteggio di \_\_\_\_\_;
- 2) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/;
- 3) di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/;

4) di essere convenzionato con l'ATS della Val Padana in qualità di medico di assistenza primaria da \_\_\_\_\_;

5) di far parte/non far parte medicina di gruppo/rete nell'ambito di \_\_\_\_\_ con i seguenti colleghi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6) di aver/non aver riportato condanne penali;

7) di aver/non aver procedimenti penali in corso;

8) di non esser stato escluso dall'elettorato attivo o passivo;

9) di non aver subito sospensioni dall'attività professionale per reati contro la pubblica amministrazione passati in giudicato;

10) di aver/non aver rapporti di dipendenza o convenzionati con le agenzie del servizio sanitario nazionale (in caso positivo indicare nominativi aziende e periodi);

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11) di aver/non aver rapporti con aziende private o pubbliche in qualità di medico.

- Il seguente orario di studio che verrà osservato in caso di assegnazione degli spazi, come di seguito dettagliato:

Giorno della settimana	orario	
	dalle ore	alle ore
Es. lunedì, martedì		

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione relativa alla presente manifestazione venga fatta al seguente indirizzo:

DOTT./DOTT.SSA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_,

CITTÀ \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_, CELL. \_\_\_\_\_,

FAX \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_,

PEC \_\_\_\_\_,

Autorizza infine, l'ASST al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei propri dati personali ai fini degli adempimenti dell'espletamento della manifestazione in oggetto.

Si allega fotocopia il documento in corso di validità del dichiarante + copia codice fiscale.

Luogo \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

*Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR 28.12.2000 n. 445.*

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE:** si prega di compilare il presente modulo in modo completo, chiaro e leggibile - cancellare la parte di non interesse

**AVVERTENZE IMPORTANTI:**

- *L'interessata/o ha facoltà sia di utilizzare il presente schema debitamente compilato in ogni sua parte sia di predisporre, per eventuali carenze di spazio o altre esigenze, uno proprio contenente comunque tutte le dichiarazioni richieste.*
- *Si prega di compilare la domanda in maniera completa leggibile.*
- *La/il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera.*
- *Se richiamano le sanzioni penali previste dall'art. 76 del di più PR 445/2000 e s.m.i.. M. I. per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.*