

Oggetto: Reclutamento personale medico per Centrale Operativa Territoriale (COT)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_, mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

- di partecipare alla selezione per medici per la Centrale Operativa Territoriale di \_\_\_\_\_

### DICHIARA DI ESSERE

- Medico titolare di Continuità Assistenziale presso il punto guardia di \_\_\_\_\_
- Medico con incarico provvisorio o di sostituzione di continuità assistenziale presso il punto guardia di \_\_\_\_\_
- di essere inserito nella graduatoria regionale per la medicina generale per l'anno 2020 al posto n. \_\_\_\_\_ col punteggio di \_\_\_\_\_
- Medico in possesso del titolo di formazione in Medicina Generale, conseguito il \_\_\_\_\_
- Medico iscritto al corso di formazione in Medicina Generale, all'anno \_\_\_\_\_
- Medico laureato in medicina e chirurgia, abilitato e iscritto all'Ordine dei Medici, col voto di laurea di \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre che le notizie sopra riportate corrispondono al vero e di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

**ALLEGO** alla domanda fotocopia di idoneo **documento di riconoscimento** in corso di validità (art. 38 c. 3 DPR 445/2000)

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_