

RACCOMANDATA A/R

Al Sig. Direttore Generale  
Azienda Sanitaria Provinciale di  
Vibo valentia  
Via Dante Alighieri – Pal. ex Inam  
89900 – VIBO VALENTIA

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a .....

Il ....., Codice Fiscale ....., residente a .....,  
CAP....., via/piazza..... n.....

laureato in medicina e chirurgia il..... con voti ..... presso l'università degli studi di.....;

telefono/cell.:.....;

con la presente chiede di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per la formazione annuale della graduatoria di disponibilità aziendale da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori a personale medico nell'area di emergenza sanitaria territoriale SUEM 118 (giusta delibera ASP di Vibo Valentia n. **1058/DG** del **23/10/2014**).

A tal fine, nel comunicare la propria disponibilità, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000:

**D I C H I A R A**  
(Art. 46 DPR 445/2000)

1. di essere iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici di.....dal.....
2. di essere/non essere(\*) inserito/a al n.....e con punti ..... nella Graduatoria Regionale definitiva di merito valida per l'anno 2014 per il Settore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale (pubblicata nel BUR Calabria n. 35 del 31 luglio 2014 - Parte III – ESITI E GRADUATORIE);
3. di essere in possesso del prescritto attestato di idoneità di cui all'art. 92, comma, 4 dell'A.C.N.;
4. di essere/non essere Titolare di incarico a tempo indeterminato nel settore della Continuità Assistenziale in servizio presso codesta ASP di Vibo Valentia – data di prima titolarità: (gg/mm/aa).....;
5. di essere/non essere(\*) titolare di borse di studio anche inerenti corsi di specializzazione; in caso affermativo specificare:.....
6. di detenere/ non detenere(\*) rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato; in caso affermativo specificare:.....
7. di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dal vigente ACN;
8. di indicare il seguente recapito per qualsiasi comunicazione relativa al presente avviso:  
.....  
.....

Allega, a pena di esclusione:

- fotocopia data e firmata di documento di identità in corso di validità.

Luogo.....data.....

Firma leggibile  
.....