



**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DELLA  
GRADUATORIA DI DISPONIBILITÀ PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI  
NEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118**

**APPORRE MARCA DA BOLLO DA 16 EURO**

All'AOU Maggiore della Carità  
NOVARA

Il/La sottoscritto/a  
(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

Stato di nascita \_\_\_\_\_ nazionalità \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

via/corso \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

chiede di partecipare

all'Avviso per la formazione della graduatoria aziendale di disponibilità per conferimento incarichi  
provvisori nell'Emergenza Sanitaria Territoriale 118.

A tal fine, CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,  
chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è  
punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

DICHIARA:

1. di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_ presso  
l'Università di \_\_\_\_\_ votazione \_\_\_\_\_;



2. di aver conseguito l'abilitazione professionale in data \_\_\_\_\_;
3. di essere/non essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_
4. di essere/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale previsto dall'art. 96 dell'ACN 29/07/2009;
5. di essere/non essere iscritto nella graduatoria regionale di settore valida per l'anno in corso con punti \_\_\_\_\_;
6. di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale conseguito presso la Regione \_\_\_\_\_ data inizio corso \_\_\_\_\_ data fine corso \_\_\_\_\_;
7. di essere/non essere iscritto al Corso di Formazione specifica in Medicina Generale presso la Regione \_\_\_\_\_ data inizio corso \_\_\_\_\_ anno frequenza del corso (indicare 1° - 2° - 3° anno) \_\_\_\_\_;
8. di essere iscritto/a alla scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ inizio corso \_\_\_\_\_;
9. di prestare servizio presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
10. di non trovarsi nella posizione di incompatibilità prevista dall'art. 17 dell'ACN 29/07/2009 ;
11. di indicare il seguente indirizzo presso il quale dovranno essere notificate eventuali comunicazioni: a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via/corso \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_



Azienda Ospedaliero-Universitaria  
Maggiore della Carità  
di Novara

SEDE LEGALE: Corso Mazzini, 18 - 28100  
NOVARA - Tel. 0321 3731  
[www.maggioreosp.novara.it](http://www.maggioreosp.novara.it)

---

Cod. Fiscale - Part. IVA: 01521330033

12. di autorizzare l'Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del Reg. UE  
2016/679, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura selettiva.

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_