

ALL. A

**Domanda di partecipazione alla graduatoria per il Servizio di Guardia Medica Turistica
Località Campitello Matese
(titolari di continuità assistenziale a tempo indeterminato presso l'A.S.Re.M.)**

asrem@pec.it

AL DIRETTORE DELLA S.C. AFFARI GENERALI

Il sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ residente a _____ via _____ cap _____
codice fiscale _____ recapito telefonico _____ e-mail _____
domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____
indirizzo PEC _____

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria valida per la stagione invernale 2025-2026 per il conferimento di incarichi per il servizio di guardia medica turistica località Campitello Matese.

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate.

DICHIARA

1. di essere titolare di incarico nella Continuità Assistenziale di questa Azienda dal _____;
2. di essere presente nella graduatoria regionale 2026 con punti _____ posizione _____
3. di essere residente a _____ prov. ____ via _____
cap _____ dal _____
4. di avere il seguente indirizzo PEC: _____
5. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato come specialista ambulatoriale convenzionato
6. di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dal vigente A.C.N. per la medicina generale

Si impegna a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopraindicate anche con riferimento a situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la graduatoria relativa al presente avviso nonché i nominativi degli esclusi sarà pubblicata sul sito aziendale e di dare il proprio assenso.

La PEC a cui inviare ogni comunicazione compresa l'eventuale convocazione ed eventuale conferimento di incarico è la seguente: _____

Data _____

Firma _____

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

**Domanda di partecipazione alla graduatoria per il Servizio di Guardia Medica Turistica
Località Campitello Matese
(medici presenti nella graduatoria regionale 2025)**

asrem@pec.it

AL DIRETTORE DELLA S.C. AFFARI

GENERALI

Il sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ residente a _____ via _____ cap _____
codice fiscale _____ recapito telefonico _____ e-mail _____
domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____
indirizzo PEC _____

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria valida per la stagione invernale 2025-2026 ,per il conferimento di incarichi per il servizio di guardia medica turistica località Campitello Matese.

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate.

DICHIARA

1. di non essere titolare di incarico nella Continuità Assistenziale di questa Azienda
2. di essere residente a _____ prov. ____ via _____
cap _____ dal _____
3. di avere il seguente indirizzo PEC: _____
4. di essere iscritto nella graduatoria regionale valida per l'anno 2025 con punti ____ posizione ____
5. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato come specialista ambulatoriale convenzionato
6. di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dal vigente A.C.N. per la medicina generale

Si impegna a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopraindicate anche con riferimento a situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la graduatoria relativa al presente avviso nonché i nominativi degli esclusi sarà pubblicata sul sito aziendale e di dare il proprio assenso.

La PEC a cui inviare ogni comunicazione compresa l'eventuale convocazione ed eventuale conferimento di incarico è la seguente: _____

Data _____ Firma _____

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

**Domanda di partecipazione alla graduatoria per il Servizio di Guardia Medica Turistica
Località Campitello Matese
(medici non presenti nella graduatoria regionale 2025 ma in possesso dell'attestato acquisito
successivamente alla data di scadenza di presentazione della domanda di inclusione nella
graduatoria)**

asrem@pec.it

AL DIRETTORE DELLA S.C. AFFARI

GENERALI

Il sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ residente a _____ via _____ cap _____
codice fiscale _____ recapito telefonico _____ e-mail _____
domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____
indirizzo PEC _____

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria valida per la stagione invernale 2025-2026 ,per il conferimento di incarichi per il servizio di guardia medica turistica località Campitello Matese.

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

1. di essere residente a _____ prov. ____ via _____
cap _____ dal _____
2. di essersi laureato presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____
3. che al momento della laurea aveva la seguente età: anni _____ mesi _____ giorni _____
4. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____
5. di non essere iscritto nella graduatoria regionale valida per l'anno 2026
6. di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito il _____
nella Regione _____
7. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato come specialista
ambulatoriale convenzionato
8. di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dal vigente A.C.N. per
la medicina generale

Si impegna a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopraindicate anche con riferimento a situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la graduatoria relativa al presente avviso nonché i nominativi degli esclusi sarà pubblicata sul sito aziendale e di dare il proprio assenso.

La PEC a cui inviare ogni comunicazione compresa l'eventuale convocazione ed eventuale conferimento di incarico è la seguente: _____

Data _____ Firma _____

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

**Domanda di partecipazione alla graduatoria per il Servizio di Guardia Medica Turistica
Località Campitello Matese
(medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale)**

asrem@pec.it

AL DIRETTORE DELLA S.C. AFFARI

GENERALI

Il sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ residente a _____ via _____ cap _____
codice fiscale _____ recapito telefonico _____ e-mail _____
domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____
indirizzo PEC _____

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria valida per la stagione invernale 2025-2026 ,per il conferimento di incarichi per il servizio di guardia medica turistica località Campitello Matese.

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate.

DICHIARA

1. di essere residente a _____ prov. _____ via _____
cap _____ dal _____
2. di essersi laureato presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____
3. che al momento della laurea aveva la seguente età: anni _____ mesi _____ giorni _____
4. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____
5. di non essere iscritto nella graduatoria regionale valida per l'anno 2026
6. di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito il _____
nella Regione _____
7. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato come specialista ambulatoriale convenzionato
8. di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dal vigente A.C.N. per la medicina generale

Si impegna a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopraindicate anche con riferimento a situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la graduatoria relativa al presente avviso nonché i nominativi degli esclusi sarà pubblicata sul sito aziendale e di dare il proprio assenso.

La PEC a cui inviare ogni comunicazione compresa l'eventuale convocazione ed eventuale conferimento di incarico è la seguente: _____

Data _____ Firma _____

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

**Domanda di partecipazione alla graduatoria per il Servizio di Guardia Medica Turistica
Località Campitello Matese
(medici iscritti al corso specifico in medicina generale nella Regione Molise)**

asrem@pec.it

AL DIRETTORE DELLA S.C. AFFARI GENERALI

Il sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ residente a _____ via _____ cap _____
codice fiscale _____ recapito telefonico _____ e-mail _____
domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____
indirizzo PEC _____

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria valida per la stagione invernale 2025-2026, per il conferimento di incarichi per il servizio di guardia medica turistica località Campitello Matese.
A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate.

DICHIARA

1. di essere residente a _____ prov. ____ via _____
cap _____ dal _____
2. di essersi laureato presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____
3. che al momento della laurea aveva la seguente età: anni _____ mesi _____ giorni _____
4. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____
5. di essere iscritto alla _____ (prima/seconda/terza) annualità del corso di formazione in medicina generale nella **Regione Molise**
6. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato come specialista ambulatoriale convenzionato
7. di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dal vigente A.C.N. per la medicina generale

Si impegna a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopraindicate anche con riferimento a situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la graduatoria relativa al presente avviso nonché i nominativi degli esclusi sarà pubblicata sul sito aziendale e di dare il proprio assenso.

La PEC a cui inviare ogni comunicazione compresa l'eventuale convocazione ed eventuale conferimento di incarico è la seguente: _____

Data _____

Firma _____

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

**Domanda di partecipazione alla graduatoria per il Servizio di Guardia Medica Turistica
Località Campitello Matese
(medici iscritti al corso specifico in medicina generale in altra Regione)**

asrem@pec.it

AL DIRETTORE DELLA S.C. AFFARI GENERALI

Il sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ residente a _____ via _____ cap _____
codice fiscale _____ recapito telefonico _____ e-mail _____
domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____
indirizzo PEC _____

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria valida per la stagione invernale 2025-2026 ,per il conferimento di incarichi per il servizio di guardia medica turistica località Campitello Matese.

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate.

DICHIARA

1. di essere residente a _____ prov. _____ via _____
cap _____ dal _____
2. di essersi laureato presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____
3. che al momento della laurea aveva la seguente età: anni _____ mesi _____ giorni _____
4. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____
5. di essere iscritto alla _____ (prima/seconda/terza) annualità del corso di formazione in medicina generale nella **Regione** _____
6. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato come specialista ambulatoriale convenzionato
7. di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dal vigente A.C.N. per la medicina generale

Si impegna a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopraindicate anche con riferimento a situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la graduatoria relativa al presente avviso nonché i nominativi degli esclusi sarà pubblicata sul sito aziendale e di dare il proprio assenso.

La PEC a cui inviare ogni comunicazione compresa l'eventuale convocazione ed eventuale conferimento di incarico è la seguente: _____

Data _____

Firma _____

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

**Domanda di partecipazione alla graduatoria per il Servizio di Guardia Medica Turistica
Località Campitello Matese
(medici con abilitazione successiva al 31 dicembre 1994)**

asrem@pec.it

AL DIRETTORE DELLA S.C. AFFARI

GENERALI

Il la sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ residente a _____ via _____ cap _____
codice fiscale _____ recapito telefonico _____ e-mail _____
domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____
indirizzo PEC _____

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria valida per la stagione invernale 2025-2026 ,per il conferimento di incarichi per il servizio di guardia medica turistica località Campitello Matese
A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate.

DICHIARA

1. di essere residente a _____ prov. ____ via _____
cap _____ dal _____
2. di essersi laureato presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____
3. che al momento della laurea aveva la seguente età: anni _____ mesi _____ giorni _____
4. di essersi abilitato il _____
5. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____
6. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato come specialista ambulatoriale convenzionato
7. di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dal vigente A.C.N. per la medicina generale.

Si impegna a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopraindicate anche con riferimento a situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la graduatoria relativa al presente avviso nonché i nominativi degli esclusi sarà pubblicata sul sito aziendale e di dare il proprio assenso.

La PEC a cui inviare ogni comunicazione compresa l'eventuale convocazione ed eventuale conferimento di incarico è la seguente: _____

Data _____

Firma _____

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

**Domanda di partecipazione alla graduatoria per il Servizio di Guardia Medica Turistica
Località Campitello Matese
(medici iscritti ai corsi di specializzazione)**

asrem@pec.it

AL DIRETTORE DELLA S.C. AFFARI GENERALI

Il sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ residente a _____ via _____ cap _____
codice fiscale _____ recapito telefonico _____ e-mail _____
domicilio di recapito se diverso dalla residenza _____
indirizzo PEC _____

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria valida per la stagione invernale 2025-2026, per il conferimento di incarichi per il servizio di guardia medica turistica località Campitello Matese
A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate.

DICHIARA

1. di essere residente a _____ prov. ____ via _____
cap _____ dal _____
2. di essersi laureato presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____
3. che al momento della laurea aveva la seguente età: anni _____ mesi _____ giorni _____
4. di essersi abilitato il _____
5. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____
6. di essere iscritto al corso di specializzazione di _____ presso
l'Università degli Studi di _____ dal _____ (indicare l'anno di frequenza)
7. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato come specialista
ambulatoriale convenzionato
8. di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dal vigente A.C.N.
per la medicina generale

Si impegna a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopraindicate anche con riferimento a situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la graduatoria relativa al presente avviso nonché i nominativi degli esclusi sarà pubblicata sul sito aziendale e di dare il proprio assenso.

La PEC a cui inviare ogni comunicazione compresa l'eventuale convocazione ed eventuale conferimento di incarico è la seguente: _____

Data _____

Firma _____

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità