- DI ESSERE ISCRITTO ALL' ORDINE DEI MEDICI DI _____ DAL _____ CON N. ISCR. _____,
- DI ESSERE INSERITO NELLA GRADUATORIA REGIONALE DELL'ANNO _____
 - NO
 - SI, CON POSIZIONE _____ CON PUNTI _____
- DI AVER ACQUISITO L'ATTESTATO DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE
 - NO
 - SI, IN DATA _____
- DI ESSERE ISCRITTO AL CORSO DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE
 - NO
 - SI, CON DECORRENZA DAL _____
- DI ESSERE ISCRITTO ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE
 - NO
 - SI, IN _____
 - CON DECORRENZA DAL _____ PRESSO _____
- DI ESSERE TITOLARE DI BORSA DI STUDIO
 - NO SI
- DI ESSERE TITOLARE DI DOTTORATO DI RICERCA
 - NO
 - SI, RETRIBUITO / NON RETRIBUITO (CANCELLARE LA PARTE DI NON INTERESSE)

AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI, ANCHE CON STRUMENTI INFORMATICI, DALLA ASP DI SIRACUSA, TITOLARE DEL TRATTAMENTO, NEL RISPETTO DELL'ART. 13 DEL D.LGS 196/2003; ALL'ART. 13 GDPR 679/16 E SUCCESSIVE ED INTEGRAZIONI PREVISTE DAL D.LGS N. 101/18.

SI ALLEGA: 1. MODULO PER ASSOLVIMENTO IMPOSTA BOLLO;

2. AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA (ALLEGATO L);

3. COPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.

*** Sono consapevole che, così come previsto dalla vigente normativa, le future comunicazioni di codesta Azienda riguardanti il conferimento di eventuali incarichi avverranno tramite PEC.**

DATA _____

FIRMA _____

- ✓ SI INVITA A COMPILARE IL MODULO IN STAMPATELLO.
- ✓ SI PREGA DI COMUNICARE OGNI EVENTUALE VARIAZIONE (ISCRIZIONE AL CORSO DI SPECIALIZZAZIONE, CONSEGUIMENTO DELLA SPECIALIZZAZIONE, ISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE O CONSEGUIMENTO DELL'ATTESTATO, VARIAZIONE DI RESIDENZA O DOMICILIO ECC...) INVIANDOLA AL SEGUENTE INDIRIZZO PEC CURE.PRIMARIE@PEC.ASP.SR.IT.
- ✓ **LA DOMANDA DEVE ESSERE TRASMESSA UNICAMENTE TRAMITE PEC, INDIRIZZATA AL SEGUENTE INDIRIZZO CURE.PRIMARIE@PEC.ASP.SR.IT**