



ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....  
n..... n.....

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di.....in data.....con voto.....;

2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di.....;

di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria presso l'Azienda USL di.....ambito territoriale.....della Regione.....dal.....(1) *(detratti i periodi di eventuale cessazione dall'incarico ed i periodi di sospensione di cui all'art. 18, comma 1 ACN vigente);*

3. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nella assistenza primaria:(1)

dal.....al.....presso ASL.....Regione.....

dal.....al.....presso ASL.....Regione.....

dal.....al.....presso ASL.....Regione.....

dal.....al.....presso ASL.....Regione.....

*(detratti i periodi di eventuale cessazione dall'incarico ed i periodi di sospensione di cui all'art. 18, comma 1 ACN vigente);*

4. di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale ( *in caso affermativo specificare il tipo di attività.....*)

*L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali posizioni di incompatibilità (Allegato L all'ACN per la medicina generale) è rimandato al momento dell'eventuale assegnazione di incarico.*

DICHIARA INOLTRE

**di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali carenti avverrà il giorno 22 luglio 2015 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA CONFERENZE "A" – PIANO**

**AMMEZZATO – viale della Fiera, 8 (Terza torre) – BOLOGNA (procedura per trasferimento: ore 9,30 e procedura per graduatoria: ore 10,00) secondo le modalità indicate nell’avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione.**

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

.....

Data

Firma (2)

.....

.....

- (1) - Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni, si invita il medico a trasmettere copia fotostatica del /i certificato/i di servizio di cui eventualmente sia già in possesso;
- (2) - La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).