



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

### DICHIARA

- a) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di.....in data.....con voto.....
- b) di essere iscritto all'ordine dei Medici di.....
- c) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso l'Azienda USL di.....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);*
- d) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nella continuità assistenziale:(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)*
- e) di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria con un carico di assistiti inferiore a 650 *(in caso affermativo indicare: AUSL di:.....)*

*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 incarichi vacanti 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 14,00 e procedura per graduatoria: ore 14,30) 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).