

**Marca da bollo
Euro 16,00**

Allegato B

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(per graduatoria)**

Azienda USL di Imola
Dipartimento Cure Primarie
Viale Amendola, 2
40026 IMOLA

Il sottoscritto Dr.....nato a.....il.....

residente a.....prov.....Via.....n.....

CAP.....tel.....cell.....

e-mail:

iscritto nella **graduatoria regionale per la medicina generale – settore di continuità assistenziale - valevole per l'anno 2014** (pubblicata nel BUR n. 20 – parte terza – del 22 gennaio 2014)

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.63 comma 2, lett.b) dell'ACN per la medicina generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n..... del 2014, come di seguito indicato:

(riportare il numero che identifica gli incarichi vacanti)

ASL di.....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 nella graduatoria regionale – settore di continuità assistenziale - valevole per il 2014 con punti.....
- 3) di essere residente nel Comune di.....prov..... dal.....a tutt'oggi (1)
(giorno/mese/anno)
- 4) precedenti residenze:
dal.....al.....Comune di.....prov.....
dal.....al.....Comune di.....prov.....
dal.....al.....Comune di.....prov.....
dal.....al.....Comune di.....prov.....
- 5) di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione.....in data.....(2)

DICHIARA INOLTRE

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale.

Il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe o in mancanza di indicazione della riserva prescelta la domanda non sarà valutata):

- riserva per i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale – (2)
- riserva per i medici in possesso di titolo equipollente.

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

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

.....

Data

Firma (3)

.....

.....

- (1) - La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31.01.2011. La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art.63, comma 4, dell'ACN per la medicina generale.
- (2) - I medici inseriti in graduatoria che hanno conseguito l'attestato di formazione specifica in medicina generale dopo il 31.01.2013 devono allegare copia del titolo, con dichiarazione che lo stesso è conforme all'originale, al fine di partecipare alla riserva di assegnazione e per l'attribuzione del relativo punteggio.
- (3) - 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.