

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 2016** (pubblicata nel BUR n. 335 – parte terza – del 23 dicembre 2015)

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 2016, come di seguito indicato:

(riportare il codice tra parentesi che identifica gli incarichi vacanti)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 2016 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.

- **di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli incarichi vacanti avverrà il giorno GIOVEDÌ 21 LUGLIO 2016 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA CONFERENZE "A" – PIANO AMMEZZATO – viale della Fiera, 8 (Terza torre) – BOLOGNA (procedura per trasferimento: ore 15,30 e procedura per graduatoria: ore 16,00) secondo le modalità indicate nell'avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione;**

- di essere a conoscenza che la mancata indicazione nella presente domanda dei dati relativi alla residenza, almeno a decorrere dal 31.1.2013, di cui ai precedenti punti 3 e 4 comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi (10 punti per la residenza in ambito regionale e 10 punti per la residenza in ambito aziendale) previsti dall'art. 63 comma 4, lettere b) e c) dell'ACN per la medicina generale

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

.....

Data

Firma **(3)**

.....

.....

- (1)** - La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31.01.2013. 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 31.01.2015 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.