

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI  
ASSISTENZA PRIMARIA AI SENSI DELL'ART. 5, COMMA 17 DELL'ACN 21.06.2018,  
CHE SOSTITUISCE L'ACN 23/03/2005 E S.M.I.**

**ANNO 2019**

**RACCOMANDATA A/R**



AZIENDA USL di Imola  
Dipartimento Cure Primarie  
Viale Amendola, 8 40026 – IMOLA

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

(Cognome e Nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

M  F  Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

PEC (intestata al medico che presenta la domanda) \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

ai sensi dell'art. 5, comma 17 dell'A.C.N. per la Medicina Generale 21.06.2018, che  
sostituisce l'art.34 ACN 23.05.2005 e s.m.i., per l'assegnazione di ambiti territoriali carenti  
in quanto:

[BARRARE LA CASELLA INTERESSATA]

- inserito in graduatoria di altra Regione in corso di validità** (art. 5, comma 17 A.C.N. 21.06.2018, che sostituisce l'art.34 ACN 23.05.2005 e s.m.i.)
- in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale** (art. 5, comma 17 A.C.N. 21.06.2018, che sostituisce l'art.34 ACN 23.05.2005 e s.m.i.)

per l'assegnazione degli incarichi nelle seguenti zone carenti di assistenza primaria,  
pubblicate nel BUR della Regione Emilia-Romagna n. 90 del 29/03/2019 e rimaste carenti  
a seguito delle procedure di assegnazione svolte, come da elenco presente nel sito  
(<https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/9810>) a seguito  
di specifica comunicazione alla SISAC (art. 5, comma 17 A.C.N. 21.06.2018, che sostituisce  
l'art.34 ACN 23.05.2005 e s.m.i.):

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

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000 e s.m.i. (dichiarazione sostitutiva di certificazione), consapevole delle responsabilità amministrative e penali

conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e s.m.i.

## DICHIARA

[BARRARE LE CASELLE INTERESSATE]

- di ESSERE RESIDENTE nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- di NON ESSERE ATTUALMENTE CONVENZIONATO a tempo indeterminato per l'Assistenza Primaria
- di AVER CONSEGUITO il diploma di LAUREA in Medicina e Chirurgia presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_ (specificare se il voto di laurea è espresso in 100 o 110)
- di ESSERE ATTUALMENTE ISCRITTO all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- di ESSERE INSERITO nella GRADUATORIA della REGIONE \_\_\_\_\_-settore Assistenza Primaria valevole per l'anno 2019 con punti \_\_\_\_\_ (da compilare da parte dei soli candidati inseriti in graduatoria di altra Regione in corso di validità)
- di ESSERE IN POSSESSO del TITOLO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE di cui al D.Lgs. n. 368/99 e smi, conseguito presso la Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ [da compilare dai candidati che presentano la domanda in quanto in possesso del solo titolo di formazione specifica in medicina generale]

## DICHIARA INOLTRE

di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali vacanti avverrà il giorno **VENERDÌ 8 NOVEMBRE 2019 alle ore 9,30** presso la Regione Emilia-Romagna, viale Aldo Moro, 21 – BOLOGNA - Sala 105 (primo piano) – secondo le modalità indicate nell'avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso

---

*In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità.*