

**Marca da bollo
Euro 16,00**

Allegato A

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI
ASSISTENZA PRIMARIA
(per trasferimento)**

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

Il/la sottoscritto/a Dr.....

nato/a a.....il.....

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

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

e-mail:

titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.34, comma 2, lett.a) dell'ACN per la medicina generale per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n..... del 2016, come di seguito indicato:

(riportare il codice tra parentesi che identifica gli ambiti carenti)

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

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

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

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

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

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

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

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....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.....;
3. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria presso l'Azienda USL di.....ambito territoriale.....della Regione.....dal.....(1)

(indicare di seguito i periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art. 18, comma 1 ACN vigente):

.....
.....
.....
.....

4. 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.....

(indicare di seguito i periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art. 18, comma 1 ACN vigente):

.....
.....
.....
.....

5. 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 GIOVEDÌ 9 FEBBRAIO 2017 alle ore 9,30 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).