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 23.3.2005 e s.m.i. per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n…..... del ……..... 2018, 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..... 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..... 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..... 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..... 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..... 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..... 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..... 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..... 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 47del 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…….....;

   (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)

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 gli eventuali 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 gli eventuali 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 per trasferimento degli ambiti territoriali carenti avverrà il giorno <u>GIOVEDI' 21 FEBBRAIO 2019 alle ore 9,30</u> presso la Regione Emilia-Romagna, SALA CONFERENZE "A" – PIANO AMMEZZATO – viale della Fiera, 8 (Terza torre) – BOLOGNA alle ore 9,30 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).