

**Marca da bollo  
Euro 16,00**

**Allegato C**

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

**(medici che hanno acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale  
successivamente al 31.01.2017 – come specificato al punto c) dell'Allegato n.1)**

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: .....

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dalla Norma transitoria n.2 dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018,  
per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati nel Bollettino  
Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n..... del ..... 2018, 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.....

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 aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale, relativo al corso triennale 2013/2016 (o precedente, triennio\_\_\_\_/\_\_\_\_) successivamente al 31.01.2017 presso la Regione..... in data.....
- 4) di essere residente nel Comune di..... prov..... dal.....

DICHIARA INOLTRE

**di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli incarichi vacanti avverrà il giorno MERCOLEDI' 27 FEBBRAIO 2019 alle ore 12,30 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA CONFERENZE "A" – PIANO AMMEZZATO – viale della Fiera, 8 (Terza torre) – BOLOGNA secondo le modalità indicate nell'avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione;**

*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 eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:  
.....

Data

Firma

.....

.....

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.