

Marca da bollo
Euro 16,00

Allegato C

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

**(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 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 l'emergenza sanitaria territoriale 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.....

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 in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto dall'96 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, conseguito presso l'ASL di.....

Regione.....in data.....

N.B.: la mancata compilazione di questo punto comporta l'esclusione dalla graduatoria

5) 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 11,00 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.