

Marca da bollo
Euro 16,00

Allegato B

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(per graduatoria)

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:

iscritto nella graduatoria regionale per la medicina generale – settore di continuità assistenziale -
valevole per l'anno 2019 (pubblicata nel BUR n. 82 del 22 marzo 2019)

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.6, comma 24, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 per
l'assegnazione degli ulteriori incarichi vacanti per la continuità assistenziale anno 2019 pubblicati
nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n..... del 2019, 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 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.....
(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)
- 2) di essere iscritto nella graduatoria regionale – settore di continuità assistenziale - valevole per il 2019 con punti.....
- 3) di essere residente nel Comune di.....prov..... dal.....a tutt'oggi (1)
(giorno/mese/anno)
- 4) precedenti residenze:
dal.....al.....Comune di.....prov.....
dal.....al.....Comune di.....prov.....
dal.....al.....Comune di.....prov.....
dal.....al.....Comune di.....prov.....
- 5) di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione.....in data.....(2)

DICHIARA INOLTRE

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale.

Il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appreso indicato (barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe o in mancanza di indicazione della riserva prescelta la domanda non sarà valutata):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione in medicina generale – (2)
- riserva per i medici in possesso di titolo equipollente.

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.

- **di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione per graduatoria degli incarichi vacanti avverrà il giorno LUNEDI' 17 FEBBRAIO 2020 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;**

- di essere a conoscenza che la mancata indicazione nella presente domanda dei dati relativi alla residenza, almeno a decorrere dal 31.01.2016, di cui ai precedenti punti 3 e 4 comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi (20 punti per la residenza in ambito regionale e 5 punti per la residenza in ambito aziendale) previsti dall'art.6, comma 1, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 che richiama l'art. 63 comma 6, lettere b) e c) dell'ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i.

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

.....
Data

Firma **(3)**
.....

- (1)** La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31.01.2016. La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art.6, comma 1, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 che richiama l'art. 63 comma 6, lettere b) e c) dell'ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i.
- (2)** I medici inseriti in graduatoria che hanno conseguito il diploma di formazione specifica in medicina generale dopo il 31.01.2018 devono allegare copia del titolo, con dichiarazione che lo stesso è conforme all'originale, al fine di partecipare alla riserva di assegnazione e per l'attribuzione del relativo punteggio.
- (3)** 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.