

Marca da bollo
Euro 16,00

Allegato D

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI
ASSISTENZA PRIMARIA
**(medici con diploma di formazione specifica in medicina generale che hanno frequentato il corso di
formazione specifica in medicina generale del triennio 2014-2017)**

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:

FA DOMANDA

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

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.....

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.....

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.....

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.....

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 445/2000:

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 2014/2017 presso la Regionein data.....

4. di essere residente nel Comune di..... prov..... dal.....

DICHIARA INOLTRE

di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali carenti avverrà il giorno GIOVEDI' 21 FEBBRAIO 2019 alle ore 16,00 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 (art.38 del DPR 445/00).