

Marca da bollo  
Euro 16,00

Allegato D

RACCOMANDATA A.R.

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

**(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 sottoscritto Dr.....  
nato/a a.....il.....  
residente a.....prov.....Via.....n.....  
CAP..... tel.....cell.....  
e-mail: .....

FA DOMANDA

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 2014/2017 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 11,30 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.