

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA
PRIMARIA AI SENSI DELL'ART. 5, COMMA 17 DELL'ACN 21.06.2018, CHE SOSTITUISCE
L'ACN 23/03/2005 E S.M.I.**

ANNO 2019 – SECONDA PARTE

RACCOMANDATA A/R



AZIENDA USL di Imola
Dipartimento Cure Primarie
Viale Amendola, 8
40026 – I M O L A

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
(Cognome e Nome)

nato/a a _____ prov. _____ Il _____

residente a _____ prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____

M F Codice Fiscale _____

email _____

PEC (intestata al medico che presenta la domanda) _____

FA DOMANDA

ai sensi dell'art. 5, comma 17 dell'A.C.N. per la Medicina Generale 21.06.2018, che sostituisce l'art.34 ACN 23.05.2005 e s.m.i., per l'assegnazione di ambiti territoriali carenti in quanto:

[BARRARE LA CASELLA INTERESSATA]

- inserito in graduatoria di altra Regione valida per l'anno 2019** (art. 5, comma 17 A.C.N. 21.06.2018, che sostituisce l'art.34 ACN 23.05.2005 e s.m.i.)
- in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale** (art. 5, comma 17 A.C.N. 21.06.2018, che sostituisce l'art.34 ACN 23.05.2005 e s.m.i.)

per l'assegnazione degli incarichi nelle seguenti zone carenti di assistenza primaria, pubblicate nel BUR della Regione Emilia-Romagna n. 348 del 30 ottobre 2019 e rimaste carenti a seguito delle procedure di assegnazione svolte, come da elenco presente nel sito della Regione Emilia-Romagna (<https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/9810>) a seguito di specifica comunicazione alla SISAC (art. 5, comma 17 A.C.N. 21.06.2018, che sostituisce l'art.34 ACN 23.05.2005 e s.m.i.):

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

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000 e s.m.i. (dichiarazione sostitutiva di certificazione), consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA

[BARRARE LE CASELLE INTERESSATE]

- di ESSERE RESIDENTE nel Comune di _____ prov. _____ dal ____/____/____
 - di NON ESSERE ATTUALMENTE CONVENZIONATO a tempo indeterminato per l'Assistenza Primaria
 - di AVER CONSEGUITO il diploma di LAUREA in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ il ____/____/____ con voto ____/____ (specificare se il voto di laurea è espresso in 100 o 110)
 - di ESSERE ATTUALMENTE ISCRITTO all'Ordine dei Medici di _____ dal ____/____/____
 - di ESSERE INSERITO nella GRADUATORIA della REGIONE _____-settore Assistenza Primaria valevole per l'anno 2019 con punti _____
- (da compilare dai candidati inseriti in graduatoria di altra Regione in corso di validità)*
- di ESSERE IN POSSESSO del TITOLO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE di cui al D.Lgs. n. 368/99 e smi, conseguito presso la Regione _____

in data ____/____/____

[da compilare dai candidati che presentano la domanda in quanto in possesso del solo titolo di formazione specifica in medicina generale];

DICHIARA INOLTRE

di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali vacanti avverrà il giorno MARTEDI' 28 APRILE 2020 alle ore 9,30 presso la Regione Emilia-Romagna, viale Aldo Moro, 21 – BOLOGNA - Sala n.315/C (3° piano) – secondo le modalità indicate nell'avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione.

Data _____

Firma per esteso

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità.