

**Marca da bollo
Euro 16,00**

Allegato A

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI VACANTI DI
ASSISTENZA PRIMARIA
(per trasferimento)**

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:

titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.5, comma 1, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l'art.34, comma 5, lett.a) dell'ACN per la medicina generale 23.03.2005 e s.m.i. - per l'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n..... del 2019, 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..... 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..... 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..... 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 essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria presso l'Azienda USL di.....ambito territoriale.....della Regione.....dal.....(1)

(indicare di seguito gli eventuali periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art.18, comma 1 ACN vigente):

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

4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nella assistenza primaria:(1)
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....

(indicare di seguito gli eventuali periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art.18, comma 1 ACN 23.03.2005 e s.m.i. vigente):

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

5. di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale *(in caso affermativo specificare il tipo di attività.....)*

L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali posizioni di incompatibilità (Allegato L all'ACN per la medicina generale) è rimandato al momento dell'eventuale assegnazione di incarico.

DICHIARA INOLTRE

di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione per trasferimento degli ambiti territoriali vacanti avverrà il giorno LUNEDI' 1° LUGLIO 2019 alle ore 9,30 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.

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

.....

Data

Firma (2)

.....

.....

- (1) - Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni, si invita il medico a trasmettere copia fotostatica del /i certificato/i di servizio di cui eventualmente sia già in possesso;
- (2) - 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).