

Marca da bollo  
Euro 16,00

Allegato D

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI VACANTI DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE

**(medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale)**

**(possono partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo i medici iscritti ai corsi di  
formazione specifica in medicina generale istituiti presso la Regione Emilia-Romagna)**

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

secondo quanto previsto dall'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito con la Legge n.12/2019, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale della Regione Emilia-Romagna, 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.....

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 di..... in data ..... con voto .....; *(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)*
2. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data ..... o nella sessione n. .... dell'anno ....., presso l'Università di .....
3. di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di ....., dal .....
4. di frequentare  
 il primo anno  
 il secondo anno  
 il terzo anno  
del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio ...../..... presso la Regione..... iniziato in data .....
5. di essere residente nel Comune di..... prov. .... dal.....

### DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto ai corsi di formazione specifica in medicina generale istituiti presso la Regione Emilia-Romagna
- di essere a conoscenza che la partecipazione all'assegnazione degli incarichi richiesti con la presente domanda è subordinata rispetto a quella dei medici di cui ai punti a), b) e c) del bando ed avrà seguito solo qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63 A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23.03.2005 e s.m.i, sostituito dall'art. 6 dell'A.C.N. 21.06.2018, ivi compresa quella di cui al comma 15, detti incarichi rimarranno vacanti e che, in tal caso, verrà interpellato con apposito avviso successivo, pubblicato sul BURERT. In tale avviso verranno indicati data, luogo ed orari della successiva convocazione, nonché i criteri di graduazione ed ordine di priorità per la costruzione della relativa graduatoria;

- **di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016.**

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).