

Marca da bollo  
Euro 16,00

Allegato A

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
**(per trasferimento)**

Azienda USL di Imola  
Dipartimento Cure Primarie  
Viale Amendola, 2  
40026 IMOLA

Il sottoscritto Dr.....nato a.....il.....  
residente a.....prov.....Via.....  
CAP.....tel..... cell.....  
e-mail: .....

titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art.6, comma 1, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l'art.63, comma 3, lett. a) dell'ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i. - per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n..... del..... 2020, 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.....

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 445/00, ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/00:

DICHIARA

- a) 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)*
- b) di essere iscritto all'ordine dei Medici di.....
- c) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso l'Azienda USL di.....della Regione.....  
dal.....(1) *(detratti i periodi di eventuale cessazione dall'incarico ed i periodi di sospensione di cui all'art. 18, comma 1 ACN vigente);*
- d) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nella continuità assistenziale:(1)  
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....  
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....  
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....  
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....  
*(detratti i periodi di eventuale cessazione dall'incarico ed i periodi di sospensione di cui all'art. 18, comma 1 ACN vigente)*
- e) di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria con un carico di assistiti inferiore a 650 *(in caso affermativo indicare: AUSL di:.....)*

*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 incarichi vacanti di continuità assistenziale avverrà il giorno MERCOLEDÌ 15 LUGLIO 2020 alle ore 10,30 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).