

Marca da bollo
Euro 16,00

Allegato A

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(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 di emergenza sanitaria territoriale

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.7, comma 1, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l'art.92, comma 6, lett.a) dell'ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i. - per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale 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.....

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 emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda USL di.....della Regione.....
dal.....(1)
(indicare di seguito i periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art.18, comma 1 ACN vigente):

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

d) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nell'emergenza sanitaria territoriale:(1)
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....
dal.....al.....presso ASL.....Regione.....

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

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

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 degli incarichi vacanti per trasferimento avverrà il giorno **MERCOLEDI' 15 LUGLIO 2020 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).

