

**Marca da bollo  
Euro 16,00**

**Allegato A**

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI 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.34, comma 2, lett.a) dell'ACN per la medicina generale per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n..... del ..... 2018, 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.....

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.....

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.....

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.....

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.....

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.....

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.....

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.....

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 445/00:

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.....;
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 i 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 i periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art. 18, comma 1 ACN 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 degli ambiti territoriali carenti avverrà il giorno MARTEDI' 17 LUGLIO 2018 alle ore 9,30 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA CONFERENZE "A" – PIANO AMMEZZATO – viale della Fiera, 8 (Terza torre) – BOLOGNA (procedura per trasferimento: ore 9,30 e procedura per graduatoria: ore 10,30) 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).